

AUTORIZAÇÃO PARA MOVIMENTAÇÃO NO PLANO DE SAÚDE HAPVIDA

CPF: 667.919.525-04 NOME: REGINALDO SOUZA DA PAZ
 SEXO: M () F IDENTIDADE: 659375117 ORGÃO EMISSOR: SSP NASCIMENTO: 27.11.74
 ESTADO CIVIL: CASADO NOME DA MÃE: Forrestina de Souza UF: BA
 MATRÍCULA: 44315 DATA DE ADMISSÃO: 03.01.2023 CEP: 44.065-230
 ENDEREÇO: RUA DO BOSQUE BAIRRO: CONCEICAO J. TELEFONE: 1751.99144-1029
 COMPLEMENTO: CASA CIDADE: FEIRA DE SANTANA UF: BA
 CIDADE: FEIRA DE SANTANA

Declaro que: ☒ DESEJO () NÃO DESEJO participar do plano de assistência médica oferecido pela empresa. Para tanto solicito:

INCLUSÃO () EXCLUSÃO <input checked="" type="checkbox"/>	() ALTERAÇÃO	PLANOS DE SAÚDE					
		TIPO	SEGMENTAÇÃO	ACOMODAÇÃO	TIT	DEP	OPÇÃO
() TITULAR	() DEPENDENTE	MOSSO PLANO	SEM OBSTETRICIA	ENFERMARIA	5455	5254	()
				APARTAMENTO	5457	5285	()
			COM OBSTETRICIA	ENFERMARIA	5452	5252	()
				APARTAMENTO	5453	5410	()
		MIX	SEM OBSTETRICIA	ENFERMARIA	5436	5403	()
				APARTAMENTO	5438	5404	()
PLENO	COM OBSTETRICIA	ENFERMARIA	5440	5123	()		
		APARTAMENTO	5442	5406	()		
	SEM OBSTETRICIA	ENFERMARIA	5447	5305	()		
		APARTAMENTO	5448	5307	()		
		COM OBSTETRICIA	ENFERMARIA	5443	5127	()	
			APARTAMENTO	5444	5266	()	

- 1 - Certidão de Nascimento
 2 - Certidão de Casamento ou União Estável
 3 - CPF e RG
 4 - Declaração Faculdade/Escola Técnica

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA: 0 a 13 anos: 1 e 3 14 a 17 anos: 3 18 a 24 anos: 3 e 4 Conjugue: 2 e 3

Obs1.. Será acrescido somente no primeiro mês a Taxa de Adesão de R\$ 7,56 para o Titular. Obs2.. Será acrescido somente no primeiro mês a Taxa de Adesão de R\$ 9,54 para o Dependente.

DEPENDENTE 1			
CPF: 705.700.195-91	NOME: ANA CLAUDIA DE LIMA PEREIRA DA PAZ		
NASCIMENTO: 05.08.73	CASAMENTO: 18.12.1999	SEXO: () M () F	
GRAU DE PARENTESCO: ESPOSA	COD PLANO:		
NOME DA MÃE: SALVELINA MARIA DE LIMA PEREIRA	DNV/RG:		
DEPENDENTE 2			
CPF: 077.068.225-16	NOME: RAFAEL PEREIRA DA PAZ		
NASCIMENTO: 03.01.2003	CASAMENTO: / /	SEXO: () M () F	
GRAU DE PARENTESCO: FILHO	COD PLANO:		
NOME DA MÃE: ANA CLAUDIA DE L. PEREIRA DA PAZ	DNV/RG:		
DEPENDENTE 3			
CPF: 007.068.215-44	NOME: ANA RAFAELA PEREIRA DA PAZ		
NASCIMENTO: 12.07.2008	CASAMENTO: / /	SEXO: () M () F	
GRAU DE PARENTESCO: FILHA	COD PLANO:		
NOME DA MÃE: ANA CLAUDIA DE LIMA P. DA PAZ	DNV/RG:		

Conforme dados acima, desde já autorizo o desconto mensal nos meus rendimentos de acordo com cláusula expressa em contrato de trabalho. Havendo a rescisão contratual, deverei pagar o plano de saúde até a data do cancelamento junto a operadora.
 Estou ciente que em caso de afastamento por mais de quinze dias consecutivos o pagamento dos valores devedor ser efetuados no setor financeiro e comprovado junto ao DP.
 O inadimplente por período superior a 60 dias após vencimento enseja no cancelamento imediato dos dependentes a mim vinculados.

No mês da admissão do colaborador, a adesão terá como referência a data de admissão seguindo o critério estabelecido.

Para as adesões que ocorrerem após o primeiro mês de trabalho do colaborador, terá como base a data da assinatura do termo de adesão seguindo o critério estabelecido.

Critério:

- Até o dia 10 do mês, o cadastramento será realizado no mesmo mês, onde a sua ativação por parte do plano ocorrerá no dia 01 do mês seguinte;
- Após o dia 10 do mês, o cadastramento será realizado somente no início do próximo mês e a ativação por parte da operadora ocorrerá no mês subsequente ao cadastramento.

Após a ativação na Operadora, os recém admitidos só cumprirão carências para o procedimento de parto, os demais processos não possuem carências. Funcionários e dependentes a partir de 59 anos, se faz necessário o preenchimento da Declaração de Saúde e Carta ANS para a conclusão da Ativação.

CSA 13 de março de 2023

[Assinatura]
 Empregado