DECLARAÇÃO DE OPÇÃO AO PLANO DE SAÚDE ABET EMPRESARIAL

Eu_____ NINB |__|__|__|__|__|__|-|__|

INB _____, admitido(a) em ____/____/____,

( ) Opto pelo Plano Empresarial ABET Executivo IV – nº registro ANS: 468.621/13-7 oferecido por liberalidade da Empresa, responsabilizando-me pela legitimidade dos dados cadastrais abaixo, sendo que as informações contidas nesta declaração são de meu total conhecimento e concordância.

( ) Não opto pelo Plano Empresarial ABET Executivo IV – nº registro ANS: 468.621/13-7

_____ (ASSINATURA)

_____ (CIDADE)

_____/ _____/ _____ (DIA) (MÊS) (ANO)

IDENTIFICAÇÃO CADASTRAL

DATA DE NASCIMENTO	SEXO ( ) MASC. ( ) FEM.	ESTADO CIVIL	NÚMERO DO RG / ORGÃO EXPEDIDOR	DATA DE ADMISSÃO	NÚMERO DO CPF
NOME DA MÃE DO EMPREGADO SEM ABREVIAÇÃO					NÚMERO DO PIS, NA FALTA DO CPF
Nº CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (SUS)		Nº / NOME DO BANCO		Nº / NOME DA AGÊNCIA	Nº DA CONTA CORRENTE
ENDEREÇO RESIDENCIAL			NÚMERO		COMPLEMENTO
BAIRRO		CIDADE		UF	CEP
DDD	TELEFONE RESIDENCIAL	DDD	TELEFONE PARA RECADO / CELULAR		
ENDEREÇO DE TRABALHO			NÚMERO		COMPLEMENTO
BAIRRO		CIDADE		UF	CEP
DDD	TELEFONE COMERCIAL	E-MAIL			

RELAÇÃO DE DEPENDENTES PREFERENCIAIS

NOME DO DEPENDENTE SEM ABREVIAÇÃO			DATA DE NASCIMENTO	CPF	RG
Nº CERTIDÃO NASCIDO VIVO*			NOME DA MÃE SEM ABREVIAÇÃO		
ESTADO CIVIL	SEXO ☐ F ☐ M	E-MAIL	PARENTESCO	Nº CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (SUS)	
NOME DO DEPENDENTE SEM ABREVIAÇÃO			DATA DE NASCIMENTO	CPF	RG
Nº CERTIDÃO NASCIDO VIVO*			NOME DA MÃE SEM ABREVIAÇÃO		
ESTADO CIVIL	SEXO ☐ F ☐ M	E-MAIL	PARENTESCO	Nº CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (SUS)	
NOME DO DEPENDENTE SEM ABREVIAÇÃO			DATA DE NASCIMENTO	CPF	RG
Nº CERTIDÃO NASCIDO VIVO*			NOME DA MÃE SEM ABREVIAÇÃO		
ESTADO CIVIL	SEXO ☐ F ☐ M	E-MAIL	PARENTESCO	Nº CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (SUS)	
NOME DO DEPENDENTE SEM ABREVIAÇÃO			DATA DE NASCIMENTO	CPF	RG
Nº CERTIDÃO NASCIDO VIVO*			NOME DA MÃE SEM ABREVIAÇÃO		
ESTADO CIVIL	SEXO ☐ F ☐ M	E-MAIL	PARENTESCO	Nº CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (SUS)	

*** Preencher para nascidos a partir de 01/01/2010.**

IMPORTANTE

1- Autorizo a empresa a efetuar o desconto relativo a coparticipação nas despesas de saúde, em folha de pagamento. Em caso de desligamento, autorizo o recebimento de cobrança via boleto bancário dos valores referentes as demais despesas efetuadas por mim e meus dependentes, na utilização dos serviços de assistência à saúde.

2- Estou ciente de que o meu cancelamento da condição de beneficiário da assistência à saúde ofertada pela Empresa, bem como de meus dependentes, ocorrerá: 1) Quando da rescisão do contrato de trabalho; 2) Por solicitação escrita e assinada por mim e mediante devolução das carteiras do plano; 3) Por aplicação de medida disciplinar e/ou administrativa prevista.

3- Reconheço que todos os valores que vierem a constituir obrigação de pagar a partir da presente opção serão considerados como dívida líquida e certa.

PARA USO DO RH DA PT	PARA USO DA ABET	
ASS/RE DO RESPONSÁVEL	CÓDIGO INTERNO DO PLANO: 4731	INICIO DA VIGÊNCIA NO PLANO:

As informações ora prestadas são consideradas sigilosas, e tratadas pela ABET de forma confidencial.