

## 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 ABREVIÇÃO					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 ABREVIÇÃO			DATA DE NASCIMENTO	CPF	RG
Nº CERTIDÃO NASCIDO VIVO*			NOME DA MÃE SEM ABREVIÇÃO		
ESTADO CIVIL	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	E-MAIL	PARENTESCO	Nº CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (SUS)	
NOME DO DEPENDENTE SEM ABREVIÇÃO			DATA DE NASCIMENTO	CPF	RG
Nº CERTIDÃO NASCIDO VIVO*			NOME DA MÃE SEM ABREVIÇÃO		
ESTADO CIVIL	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	E-MAIL	PARENTESCO	Nº CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (SUS)	
NOME DO DEPENDENTE SEM ABREVIÇÃO			DATA DE NASCIMENTO	CPF	RG
Nº CERTIDÃO NASCIDO VIVO*			NOME DA MÃE SEM ABREVIÇÃO		
ESTADO CIVIL	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	E-MAIL	PARENTESCO	Nº CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (SUS)	
NOME DO DEPENDENTE SEM ABREVIÇÃO			DATA DE NASCIMENTO	CPF	RG
Nº CERTIDÃO NASCIDO VIVO*			NOME DA MÃE SEM ABREVIÇÃO		
ESTADO CIVIL	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 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 OPEN LABS

#### PARA USO DA ABET

ASS/RE DO RESPONSÁVEL	CÓDIGO INTERNO DO PLANO: 4731	INÍCIO DA VIGÊNCIA NO PLANO:
-----------------------	-------------------------------	------------------------------

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