

PARENTESCO		TELEFONE CELULAR ()	E-MAIL	
4. NOME DO DEPENDENTE SEM ABREVIÇÃO			DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
CPF		RG	NOME DA MÃE SEM ABREVIÇÃO	
ESTADO CIVIL	Nº CERTIDÃO NASCIDO VIVO* (preencher para nascidos a partir de 01/01/2010)		Nº CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (SUS)	
PARENTESCO		TELEFONE CELULAR ()	E-MAIL	

DECLARAÇÃO

- 1- Declaro que recebi com a presente o Guia de Leitura Contratual e a íntegra do Regulamento do Plano, com ele concordando, sem ressalvas ou reservas, especialmente quanto às condições gerais, prazos de carência, área de cobertura geográfica e a limitação da cobertura assistencial vinculada ao Rol de Procedimentos editado pela ANS, declarando o pleno conhecimento.
- 2- Estou ciente de que o Regulamento do Plano poderá ser alterado a qualquer tempo, sempre de acordo com a legislação pertinente, a critério da ABET.
- 3- Estou ciente de que o cancelamento do plano não quita débitos existentes, os quais serão cobrados administrativa ou judicialmente pela Operadora.
- 4- Estou ciente de que, em caso de cancelamento do plano de saúde, poderei nele reingressar, mediante cumprimento integral de prazos de carência e desde que não haja nenhum débito pendente.
- 5- Estou ciente de que o cancelamento da condição de beneficiário da assistência à saúde ofertada pela Empresa, bem como o de meus dependentes, ocorrerá: a) Quando da rescisão do contrato de trabalho; b) Por solicitação escrita e assinada por mim e mediante devolução das carteiras do plano; c) Por aplicação de medida disciplinar e/ou administrativa prevista.
- 6- Autorizo a Empresa a efetuar descontos em folha de pagamento e/ou a cobrança via boleto bancário, dos valores referentes às mensalidades e todas as demais despesas efetuadas por mim e meus dependentes, na utilização dos serviços de assistência à saúde.
- 7- Reconheço que todos os valores que vierem a constituir obrigação de pagar a partir da presente opção serão considerados como dívida líquida e certa.

Declaração de Veracidade das Informações

Eu, _____, portador da cédula de identidade n.º _____, expedida pelo _____, em ___/___/___, inscrito no CPF/MF, sob o n.º _____, declaro, para todos os fins de direito, que as informações constantes dos documentos que apresento para inscrição dos meus dependentes ao Plano de Assistência à Saúde, oferecido por liberalidade da Empresa, são verdadeiras e autênticas e, comprometo-me a informar às alterações que importem na perda do benefício, sob pena de devolver os valores eventualmente despendidos e de incorrer nos termos previstos nos artigos 171 e 299 do Código Penal, bem como nos artigos 186 e 187 do Código Civil.

São Paulo, ___/___/___

Assinatura do Empregado (a)

PARA USO DO RH ABET	PARA USO DO DAC - CAD	
NOME E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL	CÓDIGO DO PLANO NA ABET 4226	INICIO DA VIGÊNCIA NO PLANO

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

FOR-1080 – 20/07/2016