

DECLARAÇÃO DE OPÇÃO AO PLANO ABET EMPRESARIAL

Eu _____ RE | | | | | | | | | |
(NOME COMPLETO SEM ABREVIÇÕES)

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

- () Opto pelo Plano ABET Empresarial Prata - nº registro ANS: **475.725/16-4** 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.
- () Opto pelo Plano ABET Empresarial Ouro - nº registro ANS: **475.726/16-2** 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 por nenhum dos Planos Acima oferecidos.

ASSINATURA DO EMPREGADO (A)

CIDADE

____/____/____
DATA

IDENTIFICAÇÃO CADASTRAL

DATA DE NASCIMENTO	SEXO () MASC. () FEM.	ESTADO CIVIL	NUMERO DO RG / ORGÃO EXPEDIDOR		NUMERO DO CPF
NOME DA MAE DO EMPREGADO SEM ABREVIÇÃO			NUMERO 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			NUMERO	COMPLEMENTO	
BAIRRO		CIDADE		UF	CEP
DDD	TELEFONE RESIDENCIAL		DDD	TELEFONE CELULAR	
ENDEREÇO DE TRABALHO			NUMERO	COMPLEMENTO	
BAIRRO		CIDADE		UF	CEP
DDD	TELEFONE COMERCIAL		E-MAIL		

RELAÇÃO DE DEPENDENTES

1. NOME DO DEPENDENTE SEM ABREVIÇÃO			DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
CPF	RG	NOME DA MAE 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		
2. NOME DO DEPENDENTE SEM ABREVIÇÃO			DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
CPF	RG	NOME DA MAE 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		

3. 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	
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	INICIO DA VIGÊNCIA NO PLANO

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

FOR-1081 – 20/07/2016