

## SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO FORA DO ESTADO DE SÃO PAULO

Central de Atendimento 0800 111 777 - 2ª a 6ª das 08h as 18h, exceto feriados

www.abet.com.br

Av. Brigadeiro Luis Antônio 2608 - CEP: 01402-000 - São Paulo (SP)

CNPJ: 63.089.205/0001-05

### BENEFICIÁRIO TITULAR DO PLANO DE SAÚDE

<b>NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR</b>		<b>EMPRESA</b>
CÓDIGO DA CARTEIRA		
QUAL O SEU PLANO DE SAÚDE ATUAL?		NOME DA MÃE DO BENEFICIÁRIO

### SOLICITAÇÃO

**IMPORTANTE:** Após o recebimento do formulário preenchido, lhe contataremos para fornecer as informações necessárias sobre a entidade externa, sua forma de atendimento e os telefones úteis.

ASSINALE QUAL A CATEGORIA DO USUÁRIO QUE UTILIZARÁ O ATENDIMENTO FORA DO ESTADO DE SÃO PAULO

ATENDIMENTO P/ O BENEFICIÁRIO TITULAR DO PLANO DE SAÚDE  ATENDIMENTO P/ O BENEFICIÁRIO DEPENDENTE DO PLANO

CIDADE / UF DE DESTINO	TEL DE CONTATO NO DESTINO ( )	TEL DE CONTATO EM S.PAULO ( )
------------------------	----------------------------------	----------------------------------

PERÍODO DE PERMANÊNCIA NA LOCALIDADE DE DESTINO: DE / / ATÉ / /

ENDEREÇO P/ ENVIO DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO (P/ PERÍODOS SUPERIORES A 6 MESES)	Nº	COMPLEMENTO
---	----	-------------

CIDADE	UF	CEP	E-MAIL
--------	----	-----	--------

### BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES DO PLANO DE SAÚDE QUE FARÃO USO DO ATENDIMENTO FORA DO ESTADO

<b>1) NOME DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE</b>	NOME DA MÃE DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE
---	--

CÓDIGO DA CARTEIRA DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 1
---

<b>2) NOME DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE</b>	NOME DA MÃE DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE
---	--

CÓDIGO DA CARTEIRA DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 2
---

<b>3) NOME DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE</b>	NOME DA MÃE DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE
---	--

CÓDIGO DA CARTEIRA DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 3
---

<b>4) NOME DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE</b>	NOME DA MÃE DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE
---	--

CÓDIGO DA CARTEIRA DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE 4
---

### ---- DECLARAÇÃO ----

Declaro para os devidos fins de direito:

-Devo informar a ABET quando do meu desligamento ou dos meus dependentes do plano de saúde, bem como quando da rescisão de meu contrato de trabalho, no caso de planos empresariais. Em quaisquer destas situações, devo devolver de imediato, as carteiras do plano emitidas pela Entidade Externa à ABET.

-Devo arcar com a responsabilidade pelo uso indevido de serviços não cobertos ou pela utilização após o término da vigência ou após a rescisão de meu contrato de trabalho, no caso de planos empresariais, de acordo com o regulamento do plano.

-Será considerada ainda indevida, a utilização do plano da Entidade Externa, nas localidades que dispõem de rede credenciada ABET (Estado de São Paulo e Cidade do Rio de Janeiro; outras localidades, consultar sua Central de Atendimento ABET).

-Como cobertura do custo administrativo, as utilizações indevidas serão cobradas à base de duas vezes o valor correspondente.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS, ENTRAR EM CONTATO COM A SUA CENTRAL DE ATENDIMENTO ABET.

LOCAL	DATA	ASSINATURA BENEFICIÁRIO TITULAR
-------	------	---------------------------------

### PARA USO DA ABET

DATA RECEPÇÃO	DAC - RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO	DAC- DATA	OBSERVAÇÕES
---------------	------------------------------------	-----------	-------------