

						
FICHA DE ADESÃO PLANO DE SAÚDE						
TITULAR - FUNCIONÁRIOS						
MOTIVO DE PREENCHIMENTO DA FICHA: () INCLUSÃO DE NOVO TITULARES E DEPENDENTES () INCLUSÃO APENAS DE NOVOS DEPENDENTES () MUDANÇA DE PRODUTO						
NOME COMPLETO						
CPF	DATA DE NASCIMENTO	RG	ÓRGÃO EMISSOR	ESTADO CIVIL	PRODUTO ESCOLHIDO	
EMPRESA DO GRUPO	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO	SEXO	E-MAIL			
NOME DA MÃE						
CELULAR	ENDEREÇO RESIDENCIAL					
Nº	COMPLEMENTO	BAIRRO	CIDADE	UF	CEP	
DADOS BANCÁRIOS PARA FINS DE REEMBOLSO						
BANCO:	AGENCIA:	NÚMERO DE CONTA CORRENTE				
DEPENDENTES						
NOME COMPLETO				SEXO	DATA DE NASCIMENTO	
CPF	RG	ÓRGÃO EMISSOR	ESTADO CIVIL	PARENTESCO		
NOME DA MÃE						
NOME COMPLETO				SEXO	DATA DE NASCIMENTO	
CPF	RG	ÓRGÃO EMISSOR	ESTADO CIVIL	PARENTESCO		
NOME DA MÃE						
NOME COMPLETO				SEXO	DATA DE NASCIMENTO	
CPF	RG	ÓRGÃO EMISSOR	ESTADO CIVIL	PARENTESCO		
NOME DA MÃE						
NOME COMPLETO				SEXO	DATA DE NASCIMENTO	
CPF	RG	ÓRGÃO EMISSOR	ESTADO CIVIL	PARENTESCO		
NOME DA MÃE						
NOME COMPLETO				SEXO	DATA DE NASCIMENTO	
CPF	RG	ÓRGÃO EMISSOR	ESTADO CIVIL	PARENTESCO		
NOME DA MÃE						
INFORMAÇÕES BRADESCO					OBSERVAÇÕES:	
PRODUTOS	EFETIVO		TOP NACIONAL			
ACOMODAÇÃO	ENF.	APTO.	ENF.	APTO. R1		APTO. R2
VALOR PARA O FUNCIONÁRIO	R\$ 115,00	R\$ 297,80	R\$ 369,51	R\$ 498,75		R\$ 518,73
ABRANGENCIA	NACIONAL		NACIONAL			
PRINCIPAIS HOSPITAIS RECIFE	- HOPE - HOSPITAL SANTA LUZIA - HOSPITAL DE FRATURAS - HOSPITAL DE ÁVILA - HOSPITAL JAYME DA FONTE - HOSPITAL PORTUGUÊS		MAIS: - H. PORTUGUÊS - H. ESPERANÇA RECIFE E OLINDA - MEMORIAL SÃO JOSÉ - SANTA JOANA - JAYME DA FONTE		1. TITULARES E DEPENDENTES DEVERÃO SER INCLuíDOS NO MESMO TIPO DE PLANO; 2. PERMITIDA A INCLUSÃO DE CÔNJUGES E FILHOS SOLTEIROS ATÉ 23 ANOS 11 MESES e 29 DIAS. 3. VIGENCIA DO PLANO A PARTIR DE 01/12/2025	
PRINCIPAIS HOSPITAIS CARUARU	- SANTA EFIGENIA - INSTITUTO PE DE CIRURGIA E ORTOPEDIA		MAIS: - MEMORIAL SÃO GABRIEL		4. APÓS ADESÃO, NÃO SERÁ PERMITIDO ALTERAÇÃO DE PRODUTOS	
CO-PARTICIPAÇÃO	20% SOBRE CONSULTAS, EXAMES, PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E TERAPIAS (NUTRIÇÃO, PSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA E FISIOTERAPIA). LIMITADOS A: - CONSULTA ELETIVA: R\$ 30,00 - CONSULTAS DE URGENCIA: R\$ 90,00 - EXAMES SIMPLES: R\$ 25,00 - PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS: R\$ 30,00 - TERAPIAS: R\$ 30,00				PRAZO DE ENTREGA: 03/11/2025	
AUTORIZAÇÕES						
1. Autorizo o desconto em folha de pagamento dos valores referentes ao plano de saúde meu e de meus dependentes.						
2. Autorizo a ITALIANA compartilhar os meus dados e de meus dependentes com a MDS para a finalidade de gestão do plano de saúde e monitoramento de saúde.						
Declaro ainda estar ciente de que a equipe médica da MDS poderá entrar em contato para apoiar na utilização do plano de saúde						
3. Eu me comprometo a pagar mensalmente, diretamente a ITALIANA, os valores referentes aos planos de saúde meu e de meus dependentes, durante o período em que porventura eu estiver afastado(a) ao INSS, pois não receberei salário pela empresa. O primeiro pagamento deverá ocorrer a partir do primeiro mês em que eu não receba mais salário através da folha de pagamento da ITALIANA.						
Declaro ainda estar ciente de que:						
• A falta de pagamento por 60 (sessenta) dias (consecutivos ou não) acarretará o cancelamento do plano de saúde;						
• Além dos valores citados acima, que correspondem apenas à mensalidade do plano de saúde e/ou do plano odontológico, comprometo-me a pagar também os valores de coparticipação gerados por eventuais utilizações do plano de saúde.						
Assinatura: _____ Data: ____/____/____						