

**Italiana®****FICHA DE ADESÃO PLANO DE SAÚDE****MDS****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:	AGÊNCIA:	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**INFORMAÇÕES BRADESCO**

PRODUTOS	EFETIVO		TOP NACIONAL			OBSERVAÇÕES:
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	1. TITULARES E DEPENDENTES DEVERÃO SER INCLUIDOS NO MESMO TIPO DE PLANO;
ABRANGÊNCIA	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		2. PERMITIDA A INCLUSÃO DE CÔNJUGES E FILHOS SOLTEIROS ATÉ 23 ANOS 11 MESES e 29 DIAS.	
PRINCIPAIS HOSPITAIS CARUARU	- SANTA EFIGÉNIA - INSTITUTO PE DE CIRURGIA E ORTOPEDIA		MAIS: - MEMORIAL SÃO GABRIEL		3. VIGÊNCIA DO PLANO A PARTIR DE 01/12/2025	
CO-PARTICIPAÇÃO	20% SOBRE CONSULTAS, EXAMES, PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E TERAPIAS (NUTRIÇÃO, PSICOLOGIA, FONOaudiologia E FISIOTERAPIA). LIMITADOS A: - CONSULTA ELETRÔNICA: 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: _____ / _____ / _____