



ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE NÓVOA LTDA
INCLUSÃO PLANO EMPRESARIAL
VALOR MENSAL POR PESSOA -DEPENDENTES OU AGREGADOS: R\$ 8,00
(REAJUSTE EM JULHO/2018)



INSCRIÇÃO OSAN:		Nº CONTROLE EMPRESA:	
------------------------	--	-----------------------------	--

TITULAR			
NOME			
CPF:		RG:	NASC: ___/___/___
PROFISSÃO:		LOTAÇÃO:	
ENDEREÇO:			
BAIRRO		CEP:	UF:
TEL. RESID: ()		CELULAR: ()	

OBRIGATÓRIO NA ENTREGA DESTA FICHA ANEXAR A XEROX DO RG E CPF DO DEPENDENTE.

DEPENDENTES			
NOME	CPF	GRAU PARENTESCO	DATA NASCIMENTO
	CPF:		___/___/___
	CPF:		___/___/___
	CPF:		___/___/___
	CPF:		___/___/___
	CPF:		___/___/___
	CPF:		___/___/___
	CPF:		___/___/___
	CPF:		___/___/___
	CPF:		___/___/___
	CPF:		___/___/___
	CPF:		___/___/___
	CPF:		___/___/___
	CPF:		___/___/___
	CPF:		___/___/___
	CPF:		___/___/___

É cobrada taxa do cartão para dependente ou Agregado Ciente :

Declaro para os devidos fins e direitos que as informações aqui prestadas são verdadeiras, ciente de que se tiver omitido informações que possam influir na aceitação da proposta ou na prestação de serviços aos quais o associado OSAN tem.

Santos, ___/___/___

ASS. TITULAR:	
----------------------	--