



ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE NÓVOA LTDA
INCLUSÃO PLANO EMPRESARIAL
VALOR MENSAL POR PESSOA -DEPENDENTES OU AGREGADOS: R\$ 13,35
(REAJUSTE EM OUTUBRO/2023)



GRATUITO PARA O TITULAR

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

TITULAR			
NOME :			
CPF:	RG:	NASC: ____/____/____	
PROFISSÃO:	LOTAÇÃO:		
E-MAIL:			
ENDEREÇO:			
BAIRRO	CEP:	UF:	
TEL. RESID: ()	CELULAR: ()		

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

DEPENDENTES			
<i>NOME</i>	<i>CPF</i>	<i>GRAU PARENTESCO</i>	<i>DATA NASCIMENTO</i>
	CPF:		___/___/___
	CPF:		___/___/___
	CPF:		___/___/___
	CPF:		___/___/___
	CPF:		___/___/___
	CPF:		___/___/___
	CPF:		___/___/___
	CPF:		___/___/___
	CPF:		___/___/___
	CPF:		___/___/___
	CPF:		___/___/___
	CPF:		___/___/___
	CPF:		___/___/___
	CPF:		___/___/___

Será 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. *** ESTOU CIENTE DO CUMPRIMENTO DE CARÊNCIA

Santos, ____/____/____

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