



ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE NÓVOA LTDA
INCLUSÃO PLANO EMPRESARIAL
VALOR MENSAL POR PESSOA -DEPENDENTES OU AGREGADOS: R\$ 14,73
(REAJUSTE EM OUTUBRO/2025)



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			
NOME	CPF	GRAU PARENTESCO	DATA NASCIMENTO
	CPF:		____/____/____
	CPF:		____/____/____
	CPF:		____/____/____
	CPF:		____/____/____
	CPF:		____/____/____
	CPF:		____/____/____
	CPF:		____/____/____
	CPF:		____/____/____
	CPF:		____/____/____
	CPF:		____/____/____
	CPF:		____/____/____
	CPF:		____/____/____

Será cobrada taxa R\$ 10,00 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:	
---------------	--