**REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE PLANO MÉDICO**

Eu  , inscrito(a) no CPF nº , funcionário(a) da Câmara Municipal de Sumaré, cargo , telefone requeiro a concessão do PLANO MÉDICO.

Neste ato de solicitação, confirmo que estou entregando cópia dos seguintes documentos, atualizados:

RG

CPF

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

FICHA CADASTRAL – PHS

**INCLUSÃO DE DEPENDENTES**

Solicito a inclusão de dependente(s), conforme ficha cadastral-PHS preenchida e autorizo o desconto conforme tabela abaixo, por dependente.

**TABELA DE REFERÊNCIA DE DESCONTO EM HOLERITE PARA DEPENDENTES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Descrição Resumida*** | ***Faixa Etária*** | ***Valor unitário mensal (R$)*** |
| PLANO DE SAÚDE (**SAMARITANO**) | 0 a 18 anos | R$ 205,62 |
| 19 a 23 anos | R$ 308,44 |
| 24 a 28 anos | R$ 321,29 |
| 29 a 33 anos | R$ 334,14 |
| 34 a 38 anos | R$ 372,69 |
| 39 a 43 anos | R$ 424,10 |
| 44 a 48 anos | R$ 481,44 |
| 49 a 53 anos | R$ 616,87 |
| 54 a 58 anos | R$ 681,13 |
| 59 a mais anos | R$ 1.105,23 |

Sumaré, de 2023.

*Autorizo o envio de minhas informações pessoais constantes em meu prontuário junto à CMS para o PHS SAMARITANO SAÚDE, em observância à LGPD.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

Ficha Cadastral

**ANS-41125-6**

|  |
| --- |
| **TIPO DE PLANO:** |
| Coparticipartivo - Terapias Coparticipartivo Total Coparticipartivo Acomodação Coletiva  Terapias e Consultas Acomodação Privativa |
| Código: |

Inclusão Titular Inclusão Dependente Inclusão Agregado Exclusão Titular Exclusão Titular + Dep. Exclusão Dep./Agregado 2ª. Via de Cartão Alteração

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cód. Emp.: | Nome Empresa: | Fone/ Pessoa de Contato: |

Obs.:

Carimbo / Assinatura Empresa / Usuário:

Data:

Protocolo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cód. Func.: | Nome Funcionário: | Valor: | Data Nascimento: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sexo | | Est. Civil: | Número R. G. | Número CPF./PIS | Número CNS |
| M | F |

Local de Nascimento / Estado:

Nome Mãe Funcionário:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Endereço: | | Número: | | Complemento: |
| Bairro: | Cidade: | | UF: | CEP: |
| Fone Residência: | Fone Recado: | | Data Admissão: | |

**DEPENDENTES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nome: | | | Data Nasc.: | Grau Parentesco: | Sexo | | Est. Civil: |
| M | F |
|  | R.G.: | CPF/PIS: | CNS: | Nome da Mãe: | | Valor:  R$ | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nome: | | | Data Nasc.: | Grau Parentesco: | Sexo | | Est. Civil: |
| M | F |
|  | R.G.: | CPF/PIS: | CNS: | Nome da Mãe: | | Valor:  R$ | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nome: | | | Data Nasc.: | Grau Parentesco: | Sexo | | Est. Civil: |
| M | F |
|  | R.G.: | CPF/PIS: | CNS: | Nome da Mãe: | | Valor:  R$ | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nome: | | | Data Nasc.: | Grau Parentesco: | Sexo | | Est. Civil: |
| M | F |
|  | R.G.: | CPF/PIS: | CNS: | Nome da Mãe: | | Valor:  R$ | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nome: | | | | Data Nasc.: | Grau Parentesco: | | Sexo | | Est. Civil: | |
| M | F |
|  | R.G.: | CPF/PIS: | | CNS: | Nome da Mãe: | | | Valor:  R$ | | | |
|  | |  | **Motivo de cancelamento:** | | |  |  | | | |  |
| MOTIVO DE CANCELAMENTO | | ANS | MOTIVO DE CANCELAMENTO ANS MOTIVO DE CANCELAMENTO | | | ANS | MOTIVO DE CANCELAMENTO | | | | ANS |
| Dificuldade Financeira | | 1 | Casamento 1 Troca de Plano | | | 7 | Inadimplente | | | | 4 |
| Desligamento Empresa | | 3 | Falecimento 5 Maioridade | | | 1 |  | | | |  |
| Mudança de Convênio | | 1 | Código Errado 7 Insastifação | | | 1 |  | | | |  |
| Mudança de Cidade | | 1 | Rescisão de Contrato 1 | | |  |  | | | |  |