

CARTA DE AUTORIZAÇÃO DE INCLUSÃO PRESTADOR DE SERVIÇO

Estou ciente da inclusão da empresa prestadora de serviço abaixo. Autorizamos a inclusão do funcionário e respectivos dependentes no plano de Assistência Médica e, por conseguinte, nos responsabilizamos pelas informações dos seus dados cadastrais e pelo pagamento das respectivas contraprestações pecuniárias mensais.

DADOS DA EMPRESA PRESTADORA DE SERVIÇO

Nome da Empresa / Razão Social / CNPJ:		E-mail	Telefone:
Endereço:	Bairro:	Estado:	CEP:

DADOS DO TITULAR

Nome:	Nº Cartão do SUS:	CPF:	Data de Nascimento:
Nome da Mãe:	Sexo:	E-mail:	Telefone:
Endereço:			

DADOS DOS DEPENDENTES

1.	Nome:	Nº Cartão do SUS:	CPF:	Data de Nascimento:
	Nome da Mãe:	Sexo:	E-mail:	Telefone:
2.	Nome:	Nº Cartão do SUS:	CPF:	Data de Nascimento:
	Nome da Mãe:	Sexo:	E-mail:	Telefone:
3.	Nome:	Nº Cartão do SUS:	CPF:	Data de Nascimento:
	Nome da Mãe:	Sexo:	E-mail:	Telefone:
4.	Nome:	Nº Cartão do SUS:	CPF:	Data de Nascimento:
	Nome da Mãe:	Sexo:	E-mail:	Telefone:
5.	Nome:	Nº Cartão do SUS:	CPF:	Data de Nascimento:
	Nome da Mãe:	Sexo:	E-mail:	Telefone:
6.	Nome:	Nº Cartão do SUS:	CPF:	Data de Nascimento:
	Nome da Mãe:	Sexo:	E-mail:	Telefone:

Assinatura do representante da empresa estipulante
Empresa:
CNPJ:

Assinatura do representante da empresa prestadora de serviço.
Empresa:
CNPJ:

_____, _____ de _____ de 20_____.