



ADESÃO AO BENEFÍCIO PLANO ASSISTENCIAL MÉDICA

TITULAR:	
MATRÍCULA:	DATA DA ADESÃO:
EMPRESA:	CIDADE:
FUNÇÃO:	Nº DEPENDENTES:

PROGRAMA DE BENEFÍCIO: - Mensalidade (dependente)

Autorizo que seja descontado do meu contra-cheque, o valor de R\$ (50,00) reais, por dependentes, para a conta da Loop Mais Saúde, Banco Inter – 077, Agencia 001, Conta corrente 5864978-6), CNPJ 26.374.018/0001-47 do convênio Médico Assistencial, administrado pela ASALIMPA – Associação dos Trabalhadores em Limpeza do Agreste da Bahia. O Plano Médico Assistencial da Loop Mais Saúde, consiste na realização de: **Consultas médicas com especialistas, exames laboratoriais e Exames simples tais como: Imagens (radiografia) USG (ultra sonografias básicas) os cardiológicos (mapa, holter, teste, eletrocardiograma e ecocardiograma) ginecológicos, endoscopia sem biópsias e outros de baixo custo. Não estando incluso os serviços de Urgência e nem Emergência nem exames de ressonâncias, tomografias, colonoscopias, retirada de pólipos e procedimentos cirúrgicos dentre outros.**

DEPENDENTE 01:

NOME:.....

..... RG: CPF: ORGÃO EMISSOR: UF:

..... DATA DE NASCIMENTO: NOME DA MÃE:

..... GRAU DE PARENTESCO SEXO: IDADE:

DEPENDENTE 02:

NOME:.....

..... RG: CPF: ORGÃO EMISSOR: UF:

..... DATA DE NASCIMENTO: NOME DA MÃE:

..... GRAU DE PARENTESCO SEXO: IDADE:

DEPENDENTE 03:

NOME:.....

..... RG: CPF: ORGÃO EMISSOR: UF:

..... DATA DE NASCIMENTO: NOME DA MÃE:

..... GRAU DE PARENTESCO SEXO: IDADE:

ASSINATURA DO TITULAR:

CPF: