



BANCO DA AMAZÔNIA

GERÊNCIA DE GESTÃO DE PESSOAS – GEPES
COORDENADORIA DE REMUNERAÇÃO E BENEFÍCIOS - COREB P
PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – SAÚDE AMAZÔNIA

TERMO DE ADESÃO

NOME

MATRÍCULA

DATA DE ADMISSÃO

 / /

SITUAÇÃO

 ATIVA APOSENTADO PENSIONISTA

Possui CAPAF

 SIM NÃO

LOTAÇÃO

CARGO/FUNÇÃO

PLANO DE SAÚDE ESCOLHIDO:

– ATENDIMENTOS MÍNIMOS PRESTADOS PELO PLANO:

() Consultas

() Exames laboratoriais e radiológicos

() Atos médicos

() Internações clínicas e cirúrgicas

– OUTRAS CARACTERÍSTICAS:

Abrangência:

Nacional

Regional

Municipal

Tipo de acomodação:

Apartamento

Enfermaria

Declaro conhecer o regulamento do Programa de Assistência à Saúde, o SAÚDE AMAZÔNIA, e solicito minha adesão ao referido programa, tendo em vista ser inscrito do Plano de Saúde acima especificado.

Autorizo o Banco a efetuar desconto em folha ou em conta corrente de débito relativo a valores passados à maior pelo Banco.

_____, de _____ de _____
local/data

assinatura do beneficiário

USO EXCLUSIVO DA GEPES

Cópia do contrato do plano de saúde

Cópia da proposta de admissão no plano

Comprovante de pagamento da mensalidade

Certidão de nascimento/casamento

Carta de Concessão do INSS

Termo de Tutela

Outros: _____

() DEFERIDO () INDEFERIDO

Justificativa:

Gerente de Central da CAREB

Coordenador da COREB

Obs1.: preencher este Termo de Adesão em duas vias e enviar à GEPES-COREB/caso haja dependente deve preencher o termo de inclusão.

Obs2: quando tratar-se de aposentado e pensionista é obrigatório anexar a Ficha de Atualização Cadastral devidamente preenchida/caso haja dependente deve preencher o termo de inclusão