



CPF Nº:	Nome:			Ans:
Nome da Mae			Cod.Plano:	
RG:	Orgao:	UF:	Nascimento:	Estado civil:
Endereço p/ cobrança:		Sexo:		
Rua ou avenida:			Nº:	
Complemento:		Bairro:		CEP:
Cidade:		UF:	Fone:	

**Nome Empresa:** \_\_\_\_\_ **CNPJ Empresa:** \_\_\_\_\_

DEPENDENTES	Sexo	Parentesco		Cod.Plano	Nascimento	Ans
<b>01:</b>						
MÃE:						
<b>02:</b>						
MÃE:						
<b>03:</b>						
MÃE:						
<b>04:</b>						
MÃE:						

**Dados Adicionais:** Aposentado  Demitido sem justa causa:

**EXTINÇÃO DO DIREITO**  
O direito ao APOSENTADO/DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA se extingue na ocorrência de:  
Pelo decurso dos prazos previstos;  
Pela admissão do beneficiário em novo emprego;  
Pelo cancelamento do plano privado de assistência à saúde pelo empregador que concede este beneficio a seus empregados ativos e ex-empregados.

**CONSIDERAÇÕES:**  
A efetivação do plano está condicionada a análise da documentação.  
A permanência no plano se limitará a 1/3 do período de contribuição no contrato empresarial.

<b>Uso da HAPVIDA</b>

Recebi a presente Simulação de Admissão.

\_\_\_\_\_

Assinatura do TitularData da Simulação

--

--