

FÓRMULÁRIO

Segue abaixo as informações técnicas, do Plano de Saúde, firmado através do Convênio, Assejus/RO-Ameron Saúde S/A, para fins de “Declaração do Imposto de Renda”.

Informações do Prestador do Serviço

NOME	AMERON – Assistência Médica e Odontológica de Rondônia S/A
CNPJ/MF	84.638.345/0001-65
ENDEREÇO	Av. 7 de Setembro, 2153, Nossa Senhora das Graças, Porto Velho/RO
ANS	32133-8

Informações do Usuário

(Preencher de caneta)

NOME COMPLETO	
CPF/MF	
VALOR MENSAL DO PLANO	R\$
VALOR TOTAL ANUAL	R\$
DATA DE INGRESSO NO PLANO	/ /
ANO DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO	20_____
POSSUI DEPENDENTE?	Sim () - Não ()
SE SIM, QUANTOS?	01 () 02 () 03 () 04 () 05 ()
OBSERVAÇÃO	