

FÓRMULÁRIO

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

Informações do Prestador do Serviço

NOME	EASYPLAN ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA
CNPJ/MF	27.252.086/0001-04
ENDEREÇO	SCN Quadra 05, Bloco A, Torre Norte, Sala 217, Edifício Brasília Shopping, Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70.715-900.
ANS	42.112- 0

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	