

## 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

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

### Informações do Usuário

(Preencher de caneta)

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