



INCLUSÃO NO CONVÊNIO MÉDICO

Hortolândia, _____ de _____ 2017.

Eu _____ matricula _____ funcionário desta empresa, venho através desta declaração solicitar a inclusão no convênio médico. Ficando autorizado desde já o desconto em folha de pagamento da mensalidade e coparticipação.

() Titular

() Titular e dependentes _____

() Somente dependentes _____

Atenciosamente,

Ass: _____

Parceria Samaritano Saúde e Grupo Belarmino

O Grupo Samaritano iniciou uma parceria com o Grupo Belarmino visando oferecer Saúde de qualidade para os seus colaboradores e familiares, principais características e eventuais dúvidas:

- Plano de Saúde completo regulamentado pela ANS (Agencia Nacional de Saúde)
- Cobertura Nacional pelo sistema ABRANGE
- Cobertura com rede aberta na região Metropolitana de Campinas, podendo o Beneficiário utilizar de todos os credenciados em todas as cidades em que o Grupo Atua e não somente na cidade de residência, sem necessidade de guias.
- Corpo clinico completo e atualizado diariamente no site www.samaritanosaude.com.br .
- Ampla rede com Hospitais próprios (6 hospitais) e rede terciária credenciada (vide corpo clinico)
- Sem custo adicional, (coparticipação), para exames de todos os tipos, cirurgias e procedimentos.
- Taxa adicional somente para consulta em pronto atendimento (R\$ 30,00) e para consultas em consultórios (R\$ 25,00) com direito a retorno .
- Sem taxa de medicamentos, terapias e outros. Ou seja, nenhuma taxa além das mencionadas nas consultas.
- Isenção total de carência para utilização para os colaboradores e dependentes que aderirem nos primeiros dias.
- São considerados dependentes, filhos, esposa.

Sejam bem-vindos

PHS- Samaritano Saúde