

Ficha de Solicitação com Questionário Socioeconômico do benefício para familiares na pandemia COVID 19

Regras do Benefício:

- Atender familiares como pai, mãe, avôs, avós, irmãos, sobrinho(as), sogro, sogra e tios(as);
- O benefício é elegível somente para familiares que foram contaminados com o vírus COVID 19, no tratamento após o contágio, havendo a necessidade de fazer um exame ou consulta específica que não atende na rede pública de saúde ou tratamento devido a sequelas do vírus.
- O cooperado pode fazer duas solicitações, sendo para cada solicitação de reembolso será de até 50% do valor pago, limitado até R\$200,00 por solicitações.

Documentos obrigatórios:

- Preenchimento deste documento, assinado de forma física ou eletrônica;
- Comprovante de vínculo familiar (certidão de nascimento ou RG) do familiar e do cooperado(a);
- Laudo médico que comprovem o contágio do COVID 19 e necessidade do tratamento, exame específico ou consulta com especialista;
- Nota fiscal do hospital, clínica ou laboratório.

Informações importantes:

Documentos acima deverá ser enviado por e-mail: fates@cooperjohnson.com.br;

Apresentação de nota fiscal com no máximo 3 (três) meses de emissão;

Reembolso será creditado na conta corrente do cooperado(a), a mesma que está cadastrada na CooperJohnson, o reembolso ocorrerá em até 10 dias úteis após aprovação;

Após a solicitação, o cooperado receberá por e-mail a confirmação ou recusa do pedido.

Dados do cooperado(a)

Nome Completo _____

Crachá _____ Depto _____

CPF _____ RG _____

Data de Nascimento _____ / _____ / _____ Celular _____

Endereço _____

Bairro _____ Cidade _____

UF _____ CEP _____ Tel.(____) _____

E-mail _____

Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () Separado(a) () Divorciado(a)
() União Estável

Você tem Filhos? () Sim () Não / Em caso afirmativo, quantos? _____

Informações do familiar que o benefício atenderá

Nome completo do familiar: _____

Grau de parentesco: () Pai () Mãe () Irmão(ã) () Sobrinho(a) () Tio(a)

Data de nascimento/idade: _____

Renda mensal: _____ Pessoas residentes na mesma casa: _____

Cidade: _____ UF: _____

Data do diagnóstico para COVID 19: _____

Houve internação do familiar? () Sim () Não / Em caso afirmativo, qual o período de internação do familiar? _____

Reembolso será solicitado para qual tratamento pós contaminação do vírus: _____

Valor: R\$ _____

Você ou seu familiar é beneficiário de algum Programa Social (ex. Bolsa Família, auxílio emergencial)?
() Sim () Não / Em caso afirmativo, qual? _____

Seu familiar possui algum Plano de Assistência Médica? () Sim () Não / Em caso afirmativo, qual? _____



Faça um resumo sobre a necessidade do tratamento do seu familiar:

Declaro que eu e meu familiar, para os devidos fins que preenchemos todos os requisitos nesta ficha de solicitação e nos encontramos em situação de vulnerabilidade financeira, para recebimento da concessão do Auxílio Familiar COVID-19, a ser disponibilizada pela CooperJohnson como reembolso parcial de exames, consultas e tratamentos pós-contágio pela COVID-19.

Estou ciente que ao solicitar este benefício é de minha inteira responsabilidade a veracidade das informações prestadas neste documento, estando sujeito a análise das informações que possam assegurar à Cooperativa de que sou carecedor de seu auxílio, e que eventuais inverdades poderão implicar em sanções cíveis e até mesmo criminais.

Declaro para os devidos fins que os dados acima correspondem com a verdade. No mesmo ato, autorizo que a Cooperativa utilize referidas informações para atualização cadastral (tratamento de dados), e estou ciente que os dados acima mencionados poderão ser utilizados para oferecimento de recursos, programas desenvolvidos pela Cooperativa e/ou seus parceiros (compartilhados com terceiros), desde que atingidas as finalidades Estatutárias, organizacionais e em conformidade com o termo de consentimento por mim declarado.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Solicitante