

À rede credenciada da Roraima Energia S/A:

Autorizamos o atendimento do(a) senhor(a) _____,

CPF: _____, **RG:** _____,

Endereço: _____, **nº** _____

Bairro: _____, Boa Vista/RR, **Telefone:** _____.

Obs: O pagamento deverá ser realizado diretamente com o beneficiário, com valor a preço de tabela praticada pelo convênio.

Validade: 6 meses a contar da assinatura.

Dúvidas, ligar para o plantão do plano de saúde da empresa (95) 98403-8667

Responsável pelo Plano de Saúde da Roraima Energia S/A.

Assinatura do Colaborador(a)

Boa vista/RR, _____ de _____ de 2022.