



DECLARAÇÃO E PROPOSTA

Comprometo-me a conceder descontos, vantagens e serviços aos servidores da UFMA, no período de até 02 (dois) anos, admitindo prorrogações, ciente que posso desistir da parceria a qualquer tempo notificando a PROGEP com antecedência de 30 dias. Abaixo a minha proposta de parceria:

SERVIÇO/PRODUTO	VALOR REAL	VALOR COM DESCONTO AOS SERVIDORES DA UFMA E DEPENDENTES
CONSULTA OFTALOMLÓGICA	-	DESCONTO DE 10%
EXAMES	-	DESCONTO DE 10%

Declaro, para todos os fins, que são verdadeiras as informações fornecidas para o preenchimento desta inscrição e me comprometo a encaminhar à DQV/CASS/PROGEP, de imediato, informações atualizadas, sempre que necessário. Declaro, também, ter conhecimento que este cadastro tem validade de 2 (dois) anos e que todas as alterações que porventura vierem a ocorrer serão de imediato encaminhadas à DQV/CASS/PROGEP.

Local/data: São Luís, 25 de outubro de 2024 .

Jeferson Galvão

Diretor Geral
HRO

Assinatura do responsável

HRO



DECLARAÇÃO E PROPOSTA

Comprometo-me a conceder descontos, vantagens e serviços aos servidores da UFMA, no período de até 02 (dois) anos, admitindo prorrogações, ciente que posso desistir da parceria a qualquer tempo notificando a PROGEP com antecedência de 30 dias. Abaixo a minha proposta de parceria:

SERVIÇO/PRODUTO	VALOR REAL	VALOR COM DESCONTO AOS SERVIDORES DA UFMA E DEPENDENTES
CONSULTA OFTALOMLÓGICA	R\$140,00	R\$120,00
EXAMES	-	DESCONTO DE 10%

Declaro, para todos os fins, que são verdadeiras as informações fornecidas para o preenchimento desta inscrição e me comprometo a encaminhar à DQV/CASS/PROGEP, de imediato, informações atualizadas, sempre que necessário. Declaro, também, ter conhecimento que este cadastro tem validade de 2 (dois) anos e que todas as alterações que porventura vierem a ocorrer serão de imediato encaminhadas à DQV/CASS/PROGEP.

Local/data: São Luís, 25 de outubro de 2024 .

Jeferson Galvão
Diretor Geral
HRO

Assinatura do responsável
V+ Oftalmologia



ANEXO I – TERMO DE ADESÃO AO CLUBE DE DESCONTOS

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1. DADOS PESSOA JURÍDICA:

Razão Social: HOSPITAL DE REFERÊNCIA OFTALMOLOGICA LTDA
Nome Fantasia: HRO
Endereço: AV JERONIMO DE ALBUQUERQUE MARANHAO N°540
Bairro: BEQUIMAO **Cidade:** SAO LUIS **Estado:** MA
CEP: 65.060-645
Telefone(DDD): 98 2107-4050 **Whatsapp:** 98 2107-4050
CNPJ: 00.819.576/0001-85
Insc. Estadual: **Insc. Municipal:** 98216517
E-mail: contato@hro.med.br **Site:** hro.med.br
Redes Sociais: INSTAGRAM: HROOFICIAL FACEBOOK: hro-hospital de referencia oftalmologica
Nome/Contato do representante da empresa no convênio: Kayriline Ferreira

1.2. DADOS PESSOA FÍSICA:

Nome Completo:
Endereço:
Bairro: **Cidade:** **Estado:**
CEP:
Telefone(DDD): **Whastapp:**
E-mail: **Site:**
Redes Sociais:

Local/data: São Luis - MA, 25 de outubro de 2024.

Jeferson Galvão
Diretor Geral
HRO

Assinatura do responsável



ANEXO I – TERMO DE ADESÃO AO CLUBE DE DESCONTOS

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1. DADOS PESSOA JURÍDICA:

Razão Social: HOSPITAL DE REFERÊNCIA OFTALMOLOGICA LTDA
Nome Fantasia: HRO
Endereço: AV JERONIMO DE ALBUQUERQUE MARANHÃO N°540
Bairro: BEQUIMAO **Cidade:** SAO LUIS **Estado:** MA
CEP: 65.060-645
Telefone(DDD): 98 2107-4050 **Whatsapp:** 98 2107-4050
CNPJ: 00.819.576/0001-85
Insc. Estadual: **Insc. Municipal:** 98216517
E-mail: contato@hro.med.br **Site:** hro.med.br
Redes Sociais: INSTAGRAM: HROOFICIAL FACEBOOK: hro-hospital de referencia oftalmologica
Nome/Contato do representante da empresa no convênio: Kayriline Ferreira

1.2. DADOS PESSOA FÍSICA:

Nome Completo:
Endereço:
Bairro: **Cidade:** **Estado:**
CEP:
Telefone(DDD): **Whastapp:**
E-mail: **Site:**
Redes Sociais:

Local/data: São Luis - MA , 25 de outubro de 2024 .

Jeferson Galvão
Diretor Geral
Assinatura do responsável
HRO