

## FICHA DE PESQUISA

### Dados

Nome: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

### Perguntas

**1- Você já possui plano de saúde?**

- Sim**
- Não**

**2- Você teria interesse em aderir ao plano de assistência médica Hapvida saúde?**

- Sim**
- Não**
- Talvez**

**3- Se a sua resposta anterior foi Sim ou Talvez, você incluiria no plano seus dependentes diretos (cônjuge e filhos)?**

- Sim**
- Não**

**4- Qual o número de dependentes você teria interesse em incluir?**

- 1**
- 2**
- 3 ou mais**