

GRAU DE PARENTESCO

Esposo(a)/Companheiro(a) Outros: _____

Filho(a)

Pai/Mãe

TIPO DE CARENÇA

Com Carência

Sem Carência

Nome do Titular

Matricula

Dados Pessoais do(s) Dependente(s)

Nome _____ Código Dependente _____

Data de Nascimento / / Naturalidade(Município/UF) / Sexo M F PIS/PASEP /

PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA(*) SIM NÃO

RG _____ Órgão Expedidor/UF _____ Data de Expedição / / CPF _____

Carteira Profissional _____ Cartão Nacional de Saúde _____

Nº _____ Série _____

Estado Civil Casado Solteiro Divorciado Outros: _____

FILIAÇÃO

Nome da Pai

Nome da Mãe

Endereço

Logradouro(Rua, Avenida, Travessa, outros) _____ Nº _____

Complemento _____ Bairro _____ Cidade _____ UF _____ CEP _____

Telefone () _____ Celular () _____ Email _____

Declarar se Pessoa Politicamente Exposta (Por determinação da Instrução SPC nº 20, de 01/02/2008), define: o agente público que desempenha ou tenha desempenhando, nos últimos 05 (cinco) anos, no Brasil ou em país, território ou dependência estrangeira, cargo, emprego ou função pública relevante, assim como seus representantes, familiares (na linha direta, até o primeiro grau, o conjugue, o companheiro, a companheira, o enteado e a enteada) e estreitos colaboradores.

Na oportunidade declara o Requerente que o dependente ora inscrito, goza de condições satisfatórias de saúde, autorizando, se for necessário, exames para comprovação.

Local _____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Beneficiário Titular

Data do Recebimento

Em ____/____/____

Atendimento

Declaro cumprida às exigências do regulamento do plano optado.

Em ____/____/____

Área Assistencial

Nesta data, solicito a inscrição de Beneficiário.

Em ____/____/____

Diretor de Benefício

Autorizo inscrever o Beneficiário

Em ____/____/____

Diretor-Presidente