

Perfil do Beneficiário

- Empregado do quadro ativo da COMPESA, desde ____/____/____.
- Participante CompesaPrev desde ____/____/____.
- Empregado da COMPESA com contrato de Trabalho Suspenso. Início ____/____/____, Fim ____/____/____.
- Sócio Auto Patrocinado
- Pensionista.
- Empregado Aposentado sócio compesaprev.

Tipo de Carência

- Com Carência
- Sem Carência
- outros :

Dados Pessoais do Titular

Nome				Maticula	
Data de Nascimento ____/____/____	Naturalidade(Município/UF) ____/____	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	PIS/PASEP ____/____	PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA(*) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
RG ____	Órgão Expedidor/UF ____/____	Data de Expedição ____/____/____	CPF ____-____-____		
Carteira Profissional Nº _____ Série _____	Cartão Nacional de Saúde	Data de Admissão ____/____/____	Cargo		
Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros _____					
Especialidade	Remuneração	Lotação(sigla)			
FILIAÇÃO	Nome do Pai				
	Nome da Mãe				
Logradouro(Rua, Avenida, Travessa, outros)				Nº	
Complemento	Bairro	Cidade	UF	CEP	
Telefone () _____	Celular () _____	Email			

Exclusivo para Aposentados/Pensionistas

Nº Benefício no INSS _____	VI. Remuneração INSS R\$ _____	VI. Remuneração Compesaprev R\$ _____
Data de Admissão ____/____/____	Data da Aposentadoria ____/____/____	
Título de Eleitor nº _____	Zona _____	Seção _____
Município onde Vota _____		

TERMO DE ADESÃO ao Plano de Saúde do Titular

Documentos exigidos para adesão ao Plano III (titular e dependentes), Planos I e II (apenas dependentes).

1 - Para o titular : (Original e cópia).

- Certidão de Nascimento (em caso de titular solteiro);
- Certidão Pública de Casamento ou União Estável;
- Cartereira de Identidade e CPF;
- Contracheque (Último mês);
- Comprovante de Residência;
- Cartão Nacional de Saúde;
- Carteira Profissional com inscrição de PIS;

2 - Para os dependentes : (Original e cópia).

- Certidão Pública de Casamento ou União Estável;
- Certidão de Nascimento para filhos menores 21 anos;
- Carteira de Identidade e CPF (inclusive para menores de 18 anos);
- Cartão Nacional de Saúde;
- Tutela ou curatela de enteado;
- Carteira Profissional com inscrição de PIS;
- Certidão de Nascimento para filhos maiores de 21 anos se universitários comprovando através de documentação exigida.

Declarar se Pessoa Politicamente Exposta (Por determinação da Instrução SPC nº 20, de 01/02/2008), define: o agente público que desempenha ou tenha desempenhado, 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.

Pessoa Politicamente Exposta:

SIM NÃO

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e solicito a minha inclusão, obedecendo ao regulamento do Plano de Saúde dos Empregados da COMPESA(CompesaSaúde), ora optado, assumindo o compromisso do pagamento das contribuições mensais através de:

- Consignação em Folha de Pagamento
- Emissão de Recibo/Boleto Bancário (Opção exclusiva para aposentados/Pensionistas ou empregado da ativa em benefício pelo INSS).

Na oportunidade declara o Requerente que tanto ele, quanto os seus dependentes, gozam 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