

TERMO DE ADESÃO ao Plano de Saúde do Dependente

Tipo de Planos	
<input type="checkbox"/>	PLANO I e II
<input type="checkbox"/>	PLANO III

GRAU DE PARENTESCO		TIPO DE CARENÇIA	
<input type="checkbox"/> Espos(a)/Companheiro(a)	<input type="checkbox"/> Outros: _____	<input type="checkbox"/> Com carência	
<input type="checkbox"/> Filho(a)		<input type="checkbox"/> Sem Carência	
<input type="checkbox"/> Pai/Mãe		<input type="checkbox"/> Portabilidade de carência	_____

Nome do Titular	Matricula
-----------------	-----------

Dados Pessoais do(s) Dependente(s)

Nome				Código Dependente
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		
Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> 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
---	--	--	--