

TERMO DE ADESÃO AO PLANO DE SAÚDE DO DEPENDENTE

Nome do Titular:	Matrícula:
<input type="checkbox"/> Plano I e II <input type="checkbox"/> Plano III	<input type="checkbox"/> Com Carência <input type="checkbox"/> Sem Carência <input type="checkbox"/>
Parentesco: <input type="checkbox"/> Espos(a)/Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Outro:	

DADOS PESSOAIS DO(S) DEPENDENTE(S)		
Nome:	Código:	
Nascimento:	Naturalidade:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
RG:	Órgão/UF e Data de Expedição:	
CPF:	PIS/PASEP:	
Carteira Profissional: Nº	Série:	CNS:
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Outro:		
Pessoa Politicamente Exposta (*): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

Endereço:		
Bairro:	Cidade/UF:	CEP:
Telefone:	Celular:	Celular:
e-mail:		

(*) Declarar-se Pessoa Politicamente Exposta (por determinação da Instrução SPC nº 20, de 01/02/2008): 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, cônjuge, companheiro(a) e enteado(a)) 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.

Nos termos acima, peço aceitação.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Beneficiário(a) Titular

Recebido em: _____ / _____ / _____ _____ Atendimento	Declaro cumpridas as exigências do Regulamento do Plano optado. _____ / _____ / _____ _____ Coordenação Assistencial	Nesta data, solicito a inscrição do beneficiário. _____ / _____ / _____ _____ Diretoria de Benefício	Autorizo inscrever o beneficiário. _____ / _____ / _____ _____ Diretoria Presidente
---	---	---	--

