

TERMO DE ADESÃO AO PLANO DE SAÚDE DO TITULAR

PERFIL DO BENEFICIÁRIO	
<input type="checkbox"/> Empregado do quadro ativo da Compesa desde ____/____/____.	
<input type="checkbox"/> Participante da CompesaPrev desde ____/____/____.	
<input type="checkbox"/> Empregado da Compesa com contrato de trabalho suspenso: Início em ____/____/____, Fim em ____/____/____.	
<input type="checkbox"/> Sócio Auto Patrocinado.	
<input type="checkbox"/> Pensionista.	
<input type="checkbox"/> Empregado aposentado, sócio CompesaPrev.	
<input type="checkbox"/> Com Carência <input type="checkbox"/> Sem Carência <input type="checkbox"/> Portabilidade de Carência	

DADOS PESSOAIS DO TITULAR		
Nome:		Matrícula:
Nascimento:	Naturalidade:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
RG:	Órgão/UF e Data de Expedição:	
CPF:	PIS/PASEP:	
Carteira Profissional: N ^o	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		
Cargo:		Data de Admissão:
Especialidade:		Lotação (sigla):
Remuneração (R\$):		

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

EXCLUSIVO PARA APOSENTADOS/PENSIONISTAS	
Número de Benefício no INSS:	
Remuneração INSS:	
Remuneração CompesaPrev:	
Data Admissão:	Data Aposentadoria:
Título de Eleitor:	Zona/Seção:



DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA ADESÃO AO PLANO DE SAÚDE	
PARA O TITULAR (original e cópia)	PARA OS DEPENDENTES (original e cópia)
<ul style="list-style-type: none"> Certidão de nascimento (se solteiro); Certidão de casamento ou união estável; Carteira de identidade e CPF; Contracheque (último mês); Comprovante de residência; Cartão Nacional de Saúde (CNS); Carteira Profissional (com PIS). 	<ul style="list-style-type: none"> Certidão de nascimento (filhos menores de 21 anos, e maiores de 21 anos se universitários); Certidão de casamento ou união estável; Carteira de identidade e CPF (inclusive para menores de 18 anos); Tutela ou curatela de enteados; Cartão Nacional de Saúde (CNS); Carteira Profissional (com PIS).
<p>(*) 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.</p> <p>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:</p> <p><input type="checkbox"/> Consignação em Folha de Pagamento.</p> <p><input type="checkbox"/> Emissão de Recibo/Boleto Bancário. (opção exclusiva para aposentados/pensionistas ou empregado da ativa em benefício pelo INSS)</p> <p>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.</p> <p style="text-align: center;">_____, _____ de _____ de _____</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura do(a) Beneficiário(a) Titular</p>	

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
---	---	---	--

