



FICHA CADASTRAL PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL

MODALIDADE AMBULATORIAL E ODONTOLÓGICO ANS 31690-3

TITULAR

DEPENDENTE

AGREGADO

Instituição de Ensino:	Admissão:
Titular:	
Data Nascimento:	Sexo: () feminino () masculino
CPF:	RG:
Nome da Mãe:	
Telefone Residencial:	Celular:
E-MAIL:	
Endereço Residencial:	
Cidade:	Estado:
Bairro:	CEP:

INFORMAÇÕES DEPENDENTES \ AGREGADOS

<input type="checkbox"/> DEPENDENTE <input type="checkbox"/> AGREGADO	PARENTESCO:
Nome do Beneficiário:	
Data de nascimento:	Sexo: () Feminino () Masculino
CPF:	RG:
Nome da Mãe:	

<input type="checkbox"/> DEPENDENTE <input type="checkbox"/> AGREGADO	PARENTESCO:
Nome do Beneficiário:	
Data de nascimento:	Sexo: () Feminino () Masculino
CPF:	RG:
Nome da Mãe:	

<input type="checkbox"/> DEPENDENTE <input type="checkbox"/> AGREGADO	PARENTESCO:
Nome do Beneficiário:	
Data de nascimento:	Sexo: () Feminino () Masculino
CPF:	RG:
Nome da Mãe:	

<input type="checkbox"/> DEPENDENTE <input type="checkbox"/> AGREGADO	PARENTESCO:
Nome do Beneficiário:	
Data de nascimento:	Sexo: () Feminino () Masculino
CPF:	RG:
Nome da Mãe:	

<input type="checkbox"/> DEPENDENTE <input type="checkbox"/> AGREGADO	PARENTESCO:
Nome do Beneficiário:	
Data de nascimento:	Sexo: () Feminino () Masculino
CPF:	RG:
Nome da Mãe:	

<input type="checkbox"/> DEPENDENTE <input type="checkbox"/> AGREGADO	PARENTESCO:
Nome do Beneficiário:	
Data de nascimento:	Sexo: () Feminino () Masculino
CPF:	RG:
Nome da Mãe:	

<input type="checkbox"/> DEPENDENTE <input type="checkbox"/> AGREGADO	PARENTESCO:
Nome do Beneficiário:	
Data de nascimento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
CPF:	RG:
Nome da Mãe:	

<input type="checkbox"/> DEPENDENTE <input type="checkbox"/> AGREGADO	PARENTESCO:
Nome do Beneficiário:	
Data de nascimento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
CPF:	RG:
Nome da Mãe:	

Autorização:

Eu, _____, declaro que as informações prestadas neste documento são verdadeiras e estão atualizadas. Autorizo meu empregador, de acordo com a CONVENÇÃO COLETIVA DE TRABALHO em vigor, a descontar na folha de pagamento a mensalidade relativa ao plano de saúde da POLIMÉDICA SAÚDE SOCIEDADE SIMPLES LIMITADA.

Assinatura: _____

_____, _____ de _____ de _____.
(Cidade) (dia) (Mês) (Ano)



Autorização:

Eu, _____, declaro que as informações prestadas neste documento são verdadeiras e estão atualizadas. Autorizo meu empregador, de acordo com a CONVENÇÃO COLETIVA DE TRABALHO em vigor, a descontar na folha de pagamento a mensalidade relativa ao plano de saúde da POLIMÉDICA SAÚDE SOCIEDADE SIMPLES LIMITADA.

Assinatura: _____

_____, _____ de _____ de _____.
(Cidade) (dia) (Mês) (Ano)

OBSERVAÇÃO: É NECESSÁRIA A ASSINATURA DOS DOIS CAMPOS ACIMA.