POLIMÉDICA	**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

( ) DEPENDENTE ( ) AGREGADO	PARENTESCO:
Nome do Beneficiário:	
Data de nascimento:	Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
CPF:	RG:
Nome da Mãe:	

( ) DEPENDENTE ( ) AGREGADO	PARENTESCO:
Nome do Beneficiário:	
Data de nascimento:	Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
CPF:	RG:
Nome da Mãe:	

( ) DEPENDENTE ( ) AGREGADO	PARENTESCO:
Nome do Beneficiário:	
Data de nascimento:	Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
CPF:	RG:
Nome da Mãe:	

( ) DEPENDENTE ( ) AGREGADO	PARENTESCO:
Nome do Beneficiário:	
Data de nascimento:	Sexo: ( ) Feminino ( ) 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: _____

SINTAE RS
sindicato em movimento

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