

Nome:

REG:

Nasc.:

Lotação:

Tel:

Residência:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

Admissão:

RG:

CPF:

Nome da Mãe:

() **BÁSICO (Standard)** (Enfermaria) () **DAME I** (Enfermaria) () **DAME II** (Quarto Individual)

RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS(S):

Nome	Parentesco	Data Nascimento

BENEFICIÁRIOS ESPECIAIS:

Declaro que serei responsável pelo pagamento integral do valor cobrado pela CONTRATADA sobre o(s) meu(s) dependente(s) filho(a) beneficiários listados nos itens 5.2.3.1 e/ou 5.2.4.1, na forma prevista na O. S. DIRPRE 031/2007.

Nome	Parentesco	Data Nascimento

Manifesto a V.Sa a opção abaixo discriminada referente ao PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR, e declaro estar plenamente ciente e de acordo com as condições estabelecidas na O.S DIRPRE 031/2007, assumindo inteira responsabilidade pelas informações prestadas.

ADESÃO:

() SIM

() NÃO

() Alteração de Plano

DATA:

ASSINATURA: