

FORMULÁRIO DE ADESÃO AO PLANO DE SAÚDE				
☐ CREDENCIADA PROASA SAÚDE APARTAMENTO – R\$ 727,36				
☐ CREDENCIADA PROASA SAÚDE ENFERMARIA – R\$ 559,49				
NOME DO TITULAR				
CPF DO TITULAR	CONTATO	DATA DE ADMISSÃO	ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO
NOME DA MÃE DO TITULAR			E-MAIL	
ENDEREÇO RESIDENCIAL	BAIRRO	CEP	CIDADE	
DEPENDENTES: Cônjuge e/ou Companheiro (a); Filhos (as) e menor sob Guarda até 24 anos.				
NOME DO DEPENDENTE	ESTADO CIVIL	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	
NOME DA MÃE DO DEPENDENTE			CPF DO DEPENDENTE	
NOME DO DEPENDENTE	ESTADO CIVIL	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	
NOME DA MÃE DO DEPENDENTE			CPF DO DEPENDENTE	
NOME DO DEPENDENTE	ESTADO CIVIL	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	
NOME DA MÃE DO DEPENDENTE			CPF DO DEPENDENTE	
NOME DO DEPENDENTE	ESTADO CIVIL	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	
NOME DA MÃE DO DEPENDENTE			CPF DO DEPENDENTE	
ANEXAR, OBRIGATORIAMENTE, CÓPIAS DOS SEGUINTE DOCUMENTOS				
TITULAR: Documento de Identificação e CPF				
DEPENDENTES: ESPOSA (O): Certidão de casamento, Documento de Identificação e CPF				
FILHOS: Certidão de nascimento e/ou Documento de Identificação e CPF				
COMPANHEIRO (a) – Declaração de União Estável com reconhecimento de firma em cartório ou assinada digitalmente, Documento de Identificação e CPF				
MENOR SOB GUARDA: Documento Judicial de Guarda e/ou Tutela Autenticada, certidão de nascimento e/ou Documento de Identificação e CPF				
☐ SIM, DESEJO A INCLUSÃO NO BENEFÍCIO AUTORIZANDO O DÉBITO CORRESPONDENTE A (S) INCLUSÃO(ÕES) DOS DADOS/VIDA(S) ACIMA EM FOLHA DE PAGAMENTO.				
LOCAL E DATA		ASSINATURA DO TITULAR		Nº DO DRT
DATA DE RECEBIMENTO DA SOLICITAÇÃO		ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO DA UERT		Nº DO DRT