



COMPANHIA
DE SANEAMENTO
DO PARÁ



GOVERNO DO
PARÁ

UNIDADE EXECUTIVA RELAÇÕES TRABALHISTAS - UERT				
FICHA DE ADESAO AO PLANO DE SAÚDE				
() SUL DO PARÁ SAÚDE – APARTAMENTO – R\$ 607,46				
() SUL DO PARÁ SAÚDE - ENFERMARIA – R\$ 467,26				
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 DO NASCIMENTO
NOME DA MÃE DO DEPENDENTE			CPF DO DEPENDENTE	
NOME DO DEPENDENTE		ESTADO CIVIL	PARENTESCO	DATA DO NASCIMENTO
NOME DA MÃE DO DEPENDENTE			CPF DO DEPENDENTE	
NOME DO DEPENDENTE		ESTADO CIVIL	PARENTESCO	DATA DO NASCIMENTO
NOME DA MÃE DO DEPENDENTE			CPF DO DEPENDENTE	
NOME DO DEPENDENTE		ESTADO CIVIL	PARENTESCO	DATA DO NASCIMENTO
NOME DA MÃE DO DEPENDENTE			CPF DO DEPENDENTE	
ANEXAR, OBRIGATORIAMENTE, CÓPIAS DOS SEGUINTE DOCUMENTOS:				
TITULAR: Documento de identificação e CPF, Comprovante de Residência e CNS.				
DEPENDENTES: ESPOSA (O) – Certidão de casamento, RG, CPF E CNS.				
FILHOS: Certidão de nascimento e/ou RG, CPF, CNS.				
COMPANHEIRO (a) – Declaração de União Estável reconhecida em cartório, RG, CPF, CNS.				
MENOR SOB GUARDA: Documento Judicial de Guarda e/ou Tutela Autenticada, certidão de nascimento e/ou RG, CPF, CNS.				
() 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