



FICHA DE INSCRIÇÃO DE TITULAR

1 - DADOS DO(A) TITULAR (Preencher com letra de forma)

1 – Nome		2 – Matrícula		
3 – Situação Funcional <input type="checkbox"/> Membro <input type="checkbox"/> Quadro Permanente <input type="checkbox"/> Requisitado <input type="checkbox"/> Contratado <input type="checkbox"/> Cedido <input type="checkbox"/> Pensionista Vitalício <input type="checkbox"/> Pensionista Filho		4 – Atividade <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Inativo		
5 – Nome da Mãe		6 – Nome do Pai		
7 – Sexo	8 – Estado Civil	9 – Nacionalidade	10 – Naturalidade	11 – UF
12 – Data de Nascimento	13 – CPF	14 – Identidade	15 – Órgão Emissor / UF	
16 – Endereço				
17 – Bairro	18 – Cidade	19 – CEP	20 – UF	
21 – Telefone Residencial	22 – Telefone Celular	23 – Telefone Comercial	24 – Lotação	
25 – Endereço Eletrônico ( e-mail )				
26 – Banco	27 – Agência	28 – Conta-corrente		

2 – SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO COMO BENEFICIÁRIO

Solicito minha inscrição como beneficiário do PLAN-ASSISTE, declarando que as informações prestadas são a expressão da verdade, sob pena de responsabilizar-me por declarações falsas.

Assino ciente de que a vinculação cessará, a meu pedido, por afastamento, demissão, exoneração ou perda da condição de pensionista.

Declaro ter conhecimento do Regulamento Geral do PLAN-ASSISTE e declaro estar ciente e concordar com as normas do Programa de Saúde. Estou ciente de que a inscrição no PLAN-ASSISTE implica na adesão às operadoras auxiliares contratadas pelo Programa de Saúde.

Autorizo também o PLAN-ASSISTE a promover os meios necessários com vista a efetuar o desconto sobre minha remuneração/proventos, de acordo com o previsto no Regulamento Geral.

Local e Data	Assinatura do Titular
--------------	-----------------------

3 – PARA USO EXCLUSIVO DO PLAN-ASSISTE

Data de Inscrição ____/____/____	Data de entrada em Exercício ____/____/____
<input type="checkbox"/> Cédula de Identidade (cópia)	<input type="checkbox"/> Inscrição com carência
<input type="checkbox"/> Comprovante de remuneração percebida no Órgão Cedente ou cessionário	90 dias - até ____/____/____
<input type="checkbox"/> Inscrição sem carência	180 dias - até ____/____/____
	300 dias - até ____/____/____
	24 meses - até ____/____/____

Preenchido e conferido conforme as informações e documentação apresentada

Local e Data	Assinatura / Carimbo
--------------	----------------------