

**COMPANHIA DE SANEAMENTO DO PARÁ****FICHA DE ADESÃO AO PLANO DE SAÚDE**

() UNIMED APARTAMENTO = R\$ 294,06 () HAPVIDA APARTAMENTO = R\$ 205,32
() UNIMED ENFERMARIA = R\$ 265,55 () HAPVIDA ENFERMARIA = R\$ 205,32
() UNIMED NACIONAL = R\$ 321,84 () HAPVIDA NACIONAL = R\$ 566,50

NOME DO TITULAR			ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO	
CPF DO TITULAR	FONE	DATA DE ADMISSÃO	NOME DA MÃE DO TITULAR		
ENDEREÇO RESIDENCIAL			BAIRRO	CEP	CIDADE

DEPENDENTES: Cônjuge; Companheiro(a); Filho(a) solteiro(a) emenor 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
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:** RG, CPF, PIS/PASEP E Comprovante de residência**DEPENDENTES:** ESPOSA(a) – certidão de casamento, Rg e CPF. FILHOS – Rg, CPF e certidão de nascimento.

COMPANHEIRO (a) – declaração de convivência(cópia autenticada reconhecida em cartório), Rg, CPF.

MENOR SOB GUARDA: documento judicial de guarda/tutela (cópia autenticada), certidão de nascimento, CPF e RG.

() **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 BENEFICIÁRIO	Nº DO DRT
DATA DE RECEBIMENTO DA SOLICITAÇÃO	ASSINATURA DO FUNCIONARIO DA UERT	Nº DO DRT

Email: uert@cosanpa.pa.gov.br