



FICHA DE INSCRIÇÃO DE DEPENDENTES

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

1 – Nome	2 – Matrícula
----------	---------------

2 – DADO(S) DO(S) DEPENDENTES

1 – Nome				
2 – Tipo de Dependência				
<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Companheiro(a)	<input type="checkbox"/> Pai, mãe, Padrasto ou Madrasta	<input type="checkbox"/> Enteado(a)	
<input type="checkbox"/> Filho(a)	<input type="checkbox"/> Filho(a) estudante (21 a 24 anos)	<input type="checkbox"/> Pessoa sob guarda ou tutela (até 18 anos), dependente perante a legislação tributária.		
3 – Nome da mãe		4 – Nome do pai		
5 – Sexo	6 – Estado Civil	7 – Nacionalidade	8 – Naturalidade	9 – UF
10 – Data de Nascimento	11 – CPF	12 – Identidade	13 – Órgão Emissor / UF	

1 – Nome				
2 – Tipo de Dependência				
<input type="checkbox"/> Cônjuge	<input type="checkbox"/> Companheiro(a)	<input type="checkbox"/> Pai, mãe, Padrasto ou Madrasta	<input type="checkbox"/> Enteado(a)	
<input type="checkbox"/> Filho(a)	<input type="checkbox"/> Filho(a) estudante (21 a 24 anos)	<input type="checkbox"/> Pessoa sob guarda ou tutela (até 18 anos), dependente perante a legislação tributária.		
3 – Nome da mãe		4 – Nome do pai		
5 – Sexo	6 – Estado Civil	7 – Nacionalidade	8 – Naturalidade	9 – UF
10 – Data de Nascimento	11 – CPF	12 – Identidade	13 – Órgão Emissor / UF	

3 – TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que meus beneficiários dependentes cumprem as condições estabelecidas no Regulamento Geral e demais normas do Programa.

Declaro estar ciente de que deverei comunicar de imediato a ocorrência de fatos que determinam a exclusão do(s) dependente(s) indicado(s), tais como: maioridade de filho; óbito de dependente; cessação de invalidez de filho inválido; perda do pátrio poder, da guarda ou da tutela; divórcio ou separação.

Estou ciente, ainda, de que a falta de cumprimento do compromisso ora assumido sujeitar-me-á às penalidades previstas em norma específica e no Regulamento Geral do Plan-Assiste.

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

4 – 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"/> Comprovação das condições exigidas pela norma do programa relativas à vida em comum, matrícula escolar, guarda ou tutela e Imposto de Renda	90 dias - até ____/____/____
<input type="checkbox"/> Cópia da certidão de registro civil	180 dias - até ____/____/____
<input type="checkbox"/> Inscrição sem carência	300 dias - até ____/____/____
	24 meses - até ____/____/____
Preenchido e conferido conforme as informações e documentação apresentada	
Local e Data	Assinatura / Carimbo