

PAS/SERPRO

GRUPO I

TERMO DE ADESÃO

Pelo presente Termo, o empregado abaixo identificado, adere ao Plano de Assistência à Saúde dos Empregados do SERPRO - PAS/SERPRO, declarando estar ciente e de acordo com seu Regulamento, cujas condições regem a assistência médico/hospitalar, bem como autoriza o desconto em folha de pagamento referente à sua participação financeira e dos dependentes discriminados.

ADESÃO: ____/____/____

BENEFICIÁRIOS:

TITULAR:

NOME:		
MATR-DV:	LOTAÇÃO	TEL/RAMAL:
Nome da Mãe:		
Nº CNS:		

DEPENDENTES:

NOME:		
Nome da Mãe:		
Data Nascimento: ____/____/____	Sexo:	
Estado Civil:	Nacionalidade:	
Vínculo parental:	Grau parentesco:	
Município Nascimento:	UF:	
CPF:	Nº CNS:	
RG:	Número:	
Emissão: ____/____/____	Emissor	UF:
Cartório:		
Nome Cartório:		
Nº Registro:	Nº Livro:	Nº Folha
Data entrega: ____/____/____	UF Cartório:	

--

NOME:		
Nome da Mãe:		
Data Nascimento: ___/___/___	Sexo:	
Estado Civil:	Nacionalidade:	
Vínculo parental:	Grau parentesco:	
Município Nascimento:	UF:	
CPF:	Nº CNS:	
RG:	Número:	
Emissão: ___/___/___	Emissor	UF:
Cartório:		
Nome Cartório:		
Nº Registro:	Nº Livro:	Nº Folha
Data entrega: ___/___/___	UF Cartório:	

NOME:		
Nome da Mãe:		
Data Nascimento: ___/___/___	Sexo:	
Estado Civil:	Nacionalidade:	
Vínculo parental:	Grau parentesco:	
Município Nascimento:	UF:	
CPF:	Nº CNS:	
RG:	Número:	
Emissão: ___/___/___	Emissor	UF:
Cartório:		
Nome Cartório:		
Nº Registro:	Nº Livro:	Nº Folha
Data entrega: ___/___/___	UF Cartório:	

Assinatura do Empregado

_____/_____/_____
Data da Assinatura

Assinatura OLGP

_____/_____/_____
Data do Recebimento