

TERMO DE ADESÃO DE DEPENDENTE COMO TITULAR AO PLANO DE SAÚDE MEDIAL SAÚDE

DADOS PESSOAIS DO INTERESSADO		
Nome:	Matrícula:	
Email:	Telefone Residencial ()	Celular ()
Categoria:		
Assistido	Autopatrocinado	Ativo

Solicito a inclusão de meu dependente abaixo indicado como titular no plano de saúde da Medial Saúde, e seu(s) dependentes(s) também abaixo indicado(s), a partir do mês _____ de _____, no tipo de plano **Standard** [] **Luxo** []. Declaro estar ciente de que a Previnorte é apenas mediadora entre seus participantes e a Medial Saúde, cabendo-me o custo integral do valor referente a meu(s) dependente(s) abaixo indicado(s), **conforme respectiva(s) faixa(s) etária(s)**. Outrossim, autorizo a cobrança desse(s) valor(es) conforme a categoria na qual me incluo:

Desconto em folha de pagamento de benefícios da Previnorte **(Assistidos)**.

Emissão de boleto bancário **(Autopatrocinados)**.

Desconto em folha de pagamento dos patrocinadores **(Ativos)**.

DADOS PESSOAIS DO DEPENDENTE			
Nome:			
Data de Nascimento:	Estado Civil:	Identidade:	CPF:
Nome da Mãe:			
Endereço:			
Cidade:	UF:	Cep:	Telefone: ()
INCLUSÃO DE DEPENDENTE DO TITULAR			
	Nome do dependente	Parentesco	Data de Nascimento
01)			
02)			
03)			
04)			

Obs: anexar as cópias dos documentos (identidade, CPF e/ou certidão casamento e/ou certidão de nascimento e/ou declaração PPRS) juntamente com o termo de adesão.

ASSINATURA

Participante	Local / Data