TERMO DE ADESÃO À VIDA UTI MÓVEL

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

Solicito minha inclusão no Sistema de Emergência Móvel de Brasília Ltda – VIDA UTI MÓVEL a partir do mês_____ de _____, ciente de que a Previnorte é apenas mediadora entre seus participantes e a Vida UTI Móvel, cabendo-me o custo integral dos valores referentes a mim e meus dependentes abaixo indicados. Outrossim, autorizo a cobrança desses valores 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).**

	Nome do dependente	**Parentesco**	**Data de Nascimento**
01)			
02)			
03)			
04)			
05)			

ASSINATURA

Participante	**Local / Data**