

TERMO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTES NOS CONVÊNIOS ASSISTENCIAIS

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

Solicito a inclusão de meu (s) dependente (s) abaixo indicado (s), a partir do mês _____ de _____, no seguinte convênio:

Medial Saúde

Tipo de plano: **Standard** [] **Luxo** []

Medial Odonto

Vida UTI Móvel

Declaro estar ciente de que a Previnorte é apenas mediadora entre seus participantes e os convênios assistenciais, 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 (**Autopatrocinaados**).

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: ()

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

ASSINATURA

Participante	Local / Data