

FICHA DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

AVISO: A solicitação da movimentação cadastral e a validade desta proposta estão condicionados à análise e aprovação da Eletros-Saúde, ao seu preenchimento em letra de forma e à ausência de rasura.

Nome do Titular (nome completo sem abreviações):	
CPF:	CNS (Cartão Nacional de Saúde):
Nº de Cadastro:	Data de Nascimento: ____/____/____
Plano:	Estado Civil:
E-mail:	

SOLICITO A ALTERAÇÃO ABAIXO INDICADA NO PLANO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Inclusão de Dependentes | <input type="checkbox"/> Exclusão de dependentes |
| <input type="checkbox"/> Transferência de usuário família para dependentes | <input type="checkbox"/> Exclusão de titular e dependentes |

DEPENDENTES

Nome do Dependente (nome completo sem abreviações):		
Nome da Mãe (nome completo sem abreviações):		
Data de Nascimento: ____/____/____	Parentesco:	CPF:
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Estado Civil:	
E-mail:	CNS (Cartão Nacional de Saúde):	

Nome do Dependente (nome completo sem abreviações):		
Nome da Mãe (nome completo sem abreviações):		
Data de Nascimento: ____/____/____	Parentesco:	CPF:
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Estado Civil:	
E-mail:	CNS (Cartão Nacional de Saúde):	

DEPENDENTES - cont.:

Nome do Dependente (nome completo sem abreviações):		
Nome da Mãe (nome completo sem abreviações):		
Data de Nascimento: ____/____/____	Parentesco:	CPF:
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Estado Civil:	
E-mail:	CNS (Cartão Nacional de Saúde):	

Autorizo, por meio desta, a **Eletros/Eletronbras/Cepel**, em razão da movimentação cadastral ora requerida, a providenciar o desconto em Folha de pagamento/Benefícios correspondente às mensais que vierem a der devidas, bem como outros descontos que se fizerem necessários em decorrência da utilização do plano.

Anexar cópias:

Cônjuge ou Companheiro – Certidão de Casamento ou União Estável, Carteira de Identidade, CPF e CNS (Carteira Nacional de Saúde);

Filho – Certidão de Nascimento, ou Carteira de Identidade, CPF dos dependentes maiores de 18 anos e Comprovante de Escolaridade no caso de filho maior de 21 anos até 24 anos;

Outrossim, declaro para os devidos fins que tenho conhecimento do **Regularmento do Plano/Produto** e manifesto, neste ato, minha inteira concordância com os dispositivos nele constantes.

AVISO: O presente termo se tornará ineficaz na hipótese de nele constar qualquer declaração inverídica.

_____/_____/_____
Local e Data

Assinatura do Titular:

PARA USO DO ELETROS-SAÚDE

_____ Produto	_____ Patrocinadora	_____/_____/_____ Data
_____ Nome Completo	_____ Assinatura	