

## REQUERIMENTO DE FICHA CADASTRAL

### DADOS DO ASSOCIADO

MATRÍCULA

NOME

PAI

TIPO DE PLANO

MÃE

SEXO

M

F

DATA DE NASCIMENTO

ESTADO CIVIL

CARTEIRA DE IDENT. / ÓRGÃO EXP.

DATA EXPED.

CPF

ENDEREÇO

BAIRRO

CEP

CIDADE / UF

DDD / TELEF.

PATROCINADORA

BANCO

AGÊNCIA

DIGITO

CONTA CORRENTE

DIGITO

LOTAÇÃO

E-MAIL

Nº DO INSS

MATRÍCULA / Nº DO DEP.

### DADOS DO(S) DEPENDENTE(S)

NOME

MÃE

SEXO

M

F

DATA DE NASCIMENTO

ESTADO CIVIL

CARTEIRA DE IDENT. / ÓRGÃO EXP.

DATA EXPED.

CPF

PARENTESCO

TIPO DE PLANO

INVALIDEZ

S

N

DEP. ECONOMICO

S

N

### DADOS DO(S) DEPENDENTE(S)

MATRÍCULA / Nº DO DEP.

NOME

MÃE

SEXO

M

F

DATA DE NASCIMENTO

ESTADO CIVIL

CARTEIRA DE IDENT. / ÓRGÃO EXP.

DATA EXPED.

CPF

PARENTESCO

TIPO DE PLANO

INVALIDEZ

S

N

DEP. ECONOMICO

S

N

**DADOS DO(S) DEPENDENTE(S)**

MATRÍCULA / Nº DO DEP.

NOME

MÃE

SEXO M  F 

DATA DE NASCIMENTO

ESTADO CIVIL

CARTEIRA DE IDENT. / ÓRGÃO EXP.

DATA EXPED.

CPF

PARENTESCO

TIPO DE PLANO

INVALIDEZ

S  N 

DEP. ECONOMICO

S  N **DADOS DO(S) DEPENDENTE(S)**

MATRÍCULA / Nº DO DEP.

NOME

MÃE

SEXO M  F 

DATA DE NASCIMENTO

ESTADO CIVIL

CARTEIRA DE IDENT. / ÓRGÃO EXP.

DATA EXPED.

CPF

PARENTESCO

TIPO DE PLANO

INVALIDEZ

S  N 

DEP. ECONOMICO

S  N 

Declaro que são verdadeiras todas as informações que a mim coube prestar neste documento cadastral, estando ciente que qualquer declaração falsa implicará responsabilidade criminal, nos termos do artigo 229 do Código Penal Brasileiro.

Responsabilizo-me por todas as despesas previstas nos regulamentos da FUNDABEM advindas do correto uso das carteiras de identificação, minha e de meus dependentes, bem como por todos os ônus originados do uso fraudulento, dessas mesmas carteiras, qualquer que seja a modalidade da fraude. Responsabilizando-me ainda pela devolução das carteiras no caso de desligamento da exceção do plano de saúde, bem como pelo seu uso indevido neste caso.

Autorizo realizar débitos de despesas médicas, contribuição e Dependente Família em minha conta corrente.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Associado

**RESPONSÁVEL FUNDABEM**

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL