

Solicito a inscrição de meu dependente na Camed Saúde a partir de ____/____/____ e sua adesão ao contrato registrado no Cartório 2º RTD Fortaleza, sob o número:

☐ 695783 – BANCO DO NORDESTE

☐ 718586 – CAPEF

☐ 710435 – CAMED SAÚDE

☐ 710847 – CAMED CORRETORA

ASSOCIADO

Nome:*				Matrícula: (PARA USO DA CAMED)	
Lotação:*		Data de Nascimento:*		Sexo:*	
Estado civil:*					
RG:**	Órgão emissor:**	Data de expedição:**		CPF:**	
Endereço residencial (rua, avenida, praça etc.) e complemento (apto, andar, sala etc.):**					
Bairro: **		CEP:**	Cidade:**		UF:**
Fone residencial: ()	Fone comercial: ()	Celular: ()	E-mail:		

DEPENDENTE

Nome: *				Matrícula: (PARA USO DA CAMED)	
RG:**	Órgão emissor:**	Data de expedição:**		CPF:**	
Filiação:*					
Data de Nascimento:*	Sexo:*	Estado civil:*	Parentesco com o Associado:**		
Endereço residencial (rua, avenida, praça etc.) e complemento (apto, andar, sala etc.):**					
Bairro: **		CEP:**	Cidade:**		UF:**
Fone residencial: ()	Fone comercial: ()	Celular: ()	E-mail:		

(*) PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO. (**) PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO E ANEXAR CÓPIAS DO RG, CPF E DOS COMPROVANTES DE PARENTESCO E ENDEREÇO.

Declaro que recebi o Manual de Orientação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC).

Forma de pagamento:

☐ Autorizo a Camed a debitar em minha conta corrente os valores a que estiver sujeito, a partir da inscrição do meu dependente nessa Entidade.

☐ Autorizo a Camed a emitir boleto bancário* para cobrança das mensalidades e taxas e coobrigações de meu dependente acima identificado.

E-mail para envio do boleto: _____

*A data do vencimento do boleto permanecerá a mesma do associado titular.

Local: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do Associado: _____ (conforme documento apresentado)

PARA USO DA CAMED

Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Nordeste do Brasil – Camed

Data: ____/____/____ Responsável pelo cadastro: _____