

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: _____