



**Camed**  
Saúde

## TERMO DE ADESÃO - PLANO NATURAL EMP

CENTRAL DE RELACIONAMENTO COM O CLIENTE: 0800 704 7886

Site: www.camed.com.br

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

695784 - BANCO DO NORDESTE

718581 - CAPEF

710432 - CAMED SAÚDE

710848 - CAMED CORRETORA

ASSOCIADO

DEPENDENTE

ASSOCIADO

Nome:\*

Matrícula: (PARA USO DA CAMED)

Filiação:\*

Salário Bruto:\*\*\*

Lotação:\*

Data de Nascimento:\*

Sexo:\*

Estado civil:\*

RG:\*\*

Órgão emissor:\*\*

Data de expedição:\*\*

CPF:\*\*

Nº do PIS/PASEP:\*

Nº agência/Conta corrente:\*

Mat. Funcional:\*

Data Posse:\*

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. (\*\*\* ) PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO E ANEXAR COMPROVANTE, SE APOSENTADO.

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).

Autorizo a Camed a debitar em minha conta corrente os valores a que estiver sujeito, a partir de minha inscrição como associado dessa Entidade, e de meu dependente acima.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Associado: \_\_\_\_\_ (conforme documento apresentado)

**CARIMBO E ASSINATURA DO GERENTE DA AGÊNCIA**

(OBRIGATÓRIO QUANDO HÁ INCLUSÃO DO ASSOCIADO)

**PARA USO DA CAMED**

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

/ / Data

\_\_\_\_\_  
Responsável

**ANS n° 38569-7**