

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