

1- Dados do Titular			
Nome:		Lotação:	
Telefone:	Email:	Matrícula:	
2- Inclusão de dependente <input type="checkbox"/> - Mês/Ano de Inclusão: ____/____			
Dependente 1			
Plano: CASEC <input type="checkbox"/> UNIMED <input type="checkbox"/> CAMED <input type="checkbox"/>		Nome (sem abreviações):	
Data Nascimento: ____/____/____	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	RG:	Órgão Emissor:
CPF:	Parentesco:	Estado civil:	
Nome da mãe:		Nome do pai:	
Dependente 2			
Plano: CASEC <input type="checkbox"/> UNIMED <input type="checkbox"/> CAMED <input type="checkbox"/>		Nome (sem abreviações):	
Data Nascimento: ____/____/____	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	RG:	Órgão Emissor:
CPF:	Parentesco:	Estado civil:	
Nome da mãe:		Nome do pai:	
Dependente 3			
Plano: CASEC <input type="checkbox"/> UNIMED <input type="checkbox"/> CAMED <input type="checkbox"/>		Nome (sem abreviações):	
Data Nascimento: ____/____/____	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	RG:	Órgão Emissor:
CPF:	Parentesco:	Estado civil:	
Nome da mãe:		Nome do pai:	
2.1- Documentos Necessários Para Inclusão			
<p>1 – TITULAR: Documento oficial de identidade e outro documento que comprove sua vinculação à CODEVASF.</p> <p>2 – CÔNJUGE: Certidão de casamento, documento de identidade e CPF.</p> <p>3 – COMPANHEIRO (A): Documento oficial de identidade, CPF, escritura pública de união estável ou união civil, sentença de reconhecimento de união estável transitada em julgado, ou certidão de casamento religioso, ou certidão de filho em comum, ou qualquer outro documento que comprove a união estável.</p> <p>4 - FILHO: Certidão de nascimento ou documento oficial de identidade e CPF.</p> <p>5 – ENTEADO: Documento de identidade, CPF, certidão de nascimento, certidão de casamento do titular com o (a) genitor (a) do dependente, comprovante de residência do dependente e declaração do imposto de renda do titular.</p> <p>6 – MENOR SOB GUARDA: CPF, certidão de nascimento e sentença de homologação de guarda judicial transitada em julgado.</p> <p>OBSERVAÇÃO: Para os beneficiários maiores e menores de 18 (dezoito) anos, necessário apresentar cópia de CPF, juntamente com os demais documentos acima solicitados.</p>			
3- Solicitação de 2ª via de carteira			
Nome:		Plano: CASEC <input type="checkbox"/> UNIMED <input type="checkbox"/> CAMED <input type="checkbox"/>	
Nome:		Plano: CASEC <input type="checkbox"/> UNIMED <input type="checkbox"/> CAMED <input type="checkbox"/>	
Nome:		Plano: CASEC <input type="checkbox"/> UNIMED <input type="checkbox"/> CAMED <input type="checkbox"/>	
Nome:		Plano: CASEC <input type="checkbox"/> UNIMED <input type="checkbox"/> CAMED <input type="checkbox"/>	

4- Mudança de Plano**Plano atual:**PM - Plano Médico PM-E - Plano Médico Estendido PMO - Plano Médico Odontológico PMO-E - Plano Médico Odontológico Estendido **Novo plano:**PM - Plano Médico PM-E - Plano Médico Estendido PMO - Plano Médico Odontológico PMO-E - Plano Médico Odontológico Estendido

AUTORIZO a CASEC a consignar diretamente em minha folha de pagamento, as importâncias correspondentes às contribuições mensais, coparticipação de despesas e outras obrigações financeiras. Não havendo margem consignável disponível, AUTORIZO – de forma alternativa – que os valores devidos sejam debitados em conta corrente de minha titularidade, a saber:

Banco _____ Agência: _____ Conta nº: _____

Declaro estar ciente de que os valores não averbados em folha de pagamento ou debitados em conta corrente bancária serão cobrados mediante a emissão de fichas de compensação bancária encaminhadas via correio eletrônico ou postal.

Local: _____ - _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:_____

Assinatura Titular: _____