**FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO – CADASTRO**

**RAZÃO SOCIAL :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CNPJ :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_INSC MUN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DOCUMENTOS DO TITULAR**

**NOME DO FUNCIONARIO :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RUA/AVENIDA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N°:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**BAIRRO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CIDADE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RG\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATA DE NASC: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ TEL- FIXO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TEL- CEL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TEL- TRAB:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
CASA PROPRIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEXO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DOCUMENTOS DOS DEPENDENTES**

**1º NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DOCUMENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PARENTESCO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**

**2º NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DOCUMENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PARENTESCO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**

**3º NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DOCUMENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PARENTESCO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**

**4º NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DOCUMENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PARENTESCO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**

**5º NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DOCUMENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PARENTESCO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**

***OBSERVAÇÃO*: SO PODE SER INCLUSO FILHOS MENORES DE 18 ANOS , ESPOSO/ESPOSA E (SOGRO / SOGRA).**

**O CAMPO DOCUMENTOS DEVE SER PREENCHIDO CONFORME ABAIXO: EX.: CERTIDÃO DE NASCIMENTO, CPF, RG.**

|  |
| --- |
| **AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO** |
| Considerando a minha condição de funcionário da empresa citada acima, manifesto meu interesse de participar do acesso ao projeto de SAUDE POPULAR EMPRESARIAL coletivo por adesão.  Pelo presente instrumento, venho afirmar a minha inclusão e a de meu(s) dependente(s) acima listado(s), ao contrato particular de prestação de serviços médicos, odontológicos e auxílios como:  Seguro de vida \* Somente para titular do plano.  Auxilio funeral \* Somente é beneficiário cônjuge e filhos (as).  Celebrado entre as partes (CARTÃO UNIFAMILIA) e os colaboradores da empresa citada acima. Dadas as circunstancias declaro que estou ciente de minhas obrigações de acordo com os termos, clausulas referidas na adesão.   O serviço será oferecido com um custo de R$ 34,90 que será descontado diretamente em folha de pagamento.   Havendo interesse de cancelar o acesso ao projeto de SAUDE POPULAR EMPRESARIAL, o titular deverá procurar a prestadora de serviço para que seja efetuado o cancelamento.  O colaborador que for dispensado sem justa causa ou que por outros motivos deixar de prestar serviços a empresa e que queira continuar no projeto de SAUDE POPULAR EMPRESARIAL deverá procurar a prestadora do serviço para que as mudanças cabíveis sejam efetuadas.  REQUISITOS E REGULAMENTOS PARA USO DO DESCONTO EM FOLHA -> O funcionário deve ter no mínimo 6 meses de trabalho na empresa.(somente para tratamentos odontológicos) -> As somas das consultas a serem descontadas em folha no mês não podem ultrapassar a conta única de 15% do salário. -> Para parcelamento e desconto em folha de tratamentos odontológicos o valor da parcela não pode ultrapassar a conta única de 15 % do salário. (Sujeito a analise de credito). -> O funcionário está ciente de que caso ele venha se desligar da empresa todo seu saldo devedor (seja ele consultas ou tratamentos odontológicos), será descontado de seu acerto com a empresa. -> Será enviada a empresa todo dia 19 de cada mês uma lista com os nomes de cada funcionário conveniado, juntamente com as guias de tratamentos, exames e outros assinada pelo funcionário para ser descontado no próximo pagamento. -> É de responsabilidade da empregadora fazer o repasse a instituição/empresa prestadora do serviço ate o 5º quinto dia útil. |
|
|
|
|
|
|

**DATA DA ADESÃO:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

**ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ASSINATURA DO SÓCIO/ADM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**