

**A permanência mínima de 12 meses no plano de saúde deverá ser cumprida, independente se houver migração para outra operadora, somando o período da operadora anterior + o período da nova operadora.**

Em caso de dúvidas, favor entrar em contato com a central Stefanini Atende  
**PREENCHIMENTO ELETRÔNICO E ASSINATURA DE PRÓPRIO PUNHO**

NOME

  


CÉLULA

MATRÍCULA

ESTADO CIVIL

☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Outros

DATA DE INÍCIO DEPENDENTE

SEXO

☐ Feminino  
☐ Masculino

DATA DE NASCIMENTO

### INFORMAÇÕES DE DEPENDENTES

**NOME DEPENDENTE 1**

  


ESTADO CIVIL

DATA DE NASCIMENTO

SEXO  
☐ Feminino  
☐ Masculino

PARENTESCO  
☒ Filho  
☐ Cônjugue

CPF (Obrigatório)

NOME DA MÃE - DEPENDENTE 1

CARTÃO DO SUS

**NOME DEPENDENTE 2**

  


ESTADO CIVIL

DATA DE NASCIMENTO

SEXO  
☐ Feminino  
☐ Masculino

PARENTESCO  
☐ Filho  
☐ Cônjugue

CPF (Obrigatório)

NOME DA MÃE - DEPENDENTE 2

CARTÃO DO SUS

**NOME DEPENDENTE 3**

  


ESTADO CIVIL

DATA DE NASCIMENTO

SEXO  
☐ Feminino  
☐ Masculino

PARENTESCO  
☐ Filho  
☐ Cônjugue

CPF (Obrigatório)

NOME DA MÃE - DEPENDENTE 3

CARTÃO DO SUS

**NOME DEPENDENTE 4**

  


ESTADO CIVIL

DATA DE NASCIMENTO

SEXO  
☐ Feminino  
☐ Masculino

PARENTESCO  
☐ Filho  
☐ Cônjugue

CPF (Obrigatório)

NOME DA MÃE - DEPENDENTE 4

CARTÃO DO SUS

Autorizo expressamente, nos termos do artigo 462 da CLT e da Súmula 342 do TST, que a empresa proceda ao desconto salarial mensal destinado ao pagamento da diferença relativa ao convênio médico.

DATA

ASSINATURA