

## Inclusão de Dependentes



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 MATRÍCULA CÉLULA ESTADO CIVIL Casado Solteiro Viúvo Outros DATA DE INICIO DEPENDENTE SEXO DATA DE NASCIMENTO Feminino Masculino INFORMAÇÕES DE DEPENDENTES NOME DEPENDENTE 1 SEXO | | Feminino PARENTESCO CPF (Obrigatório) ESTADO CIVIL DATA DE NASCIMENTO ☐ Cônjuge Masculino NOME DA MÃE - DEPENDENTE 1 CARTÃO DO SUS NOME DEPENDENTE 2 ESTADO CIVIL SEXO | | Feminino PARENTESCO | | Filho CPF (Obrigatório) DATA DE NASCIMENTO ☐ Cônjuge NOME DA MÃE - DEPENDENTE 2 CARTÃO DO SUS NOME DEPENDENTE 3 SEXO | | Feminino PARENTESCO | | Filho ESTADO CIVIL CPF (Obrigatório) DATA DE NASCIMENTO Masculino Cônjuge CARTÃO DO SUS NOME DA MÃE - DEPENDENTE 3 NOME DEPENDENTE 4 SEXO | | Feminino PARENTESCO CPF (Obrigatório) **ESTADO CIVIL** DATA DE NASCIMENTO Masculino ☐ Cônjuge 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** 

Este formulário deverá ser assinado e encaminhado para stefaniniatende@stefanini.com - Dep. Beneficios juntamente com as certidões de nascimento ou casamento - no caso de inclusão de dependentes