

Legenda:

- Associado titular preenche ou assina
- Familiar agregado preenche ou assina

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

Eu _____, associado(a) titular da SIM - Caixa de Assistência à Saúde, inscrito(a) no CPF/MF sob nº _____, venho por meio deste solicitar a inclusão do(a) meu agregado(a) no **PLANO SIM FAMÍLIA**, registrado na ANS sob nº 467.417/12-1, conforme dados cadastrais abaixo:

Dados do Familiar Agregado

Nome do(a) Agregado(a) (*por extenso*)

--	--	--	--	--

CPF nº	Data de Nascimento	Estado Civil	Grau de Parentesco	Sexo (M/F)

Documento Identidade	Órgão Expedidor	Data Expedição	Nacionalidade

Naturalidade (<i>Cidade e Estado que nasceu</i>)	Nº Cartão Nacional de Saúde (CNS) ¹

Filiação

Nome do Pai (*por extenso*)

--	--

Nome da Mãe (*por extenso*)

--	--

Endereço

Endereço Residencial

Número

--	--	--

Complemento	Bairro	Município	Estado	CEP

Telefone/E-mail

Telefone Residencial com DDD

Celular com DDD

Telefone Comercial

--	--	--

E-mail Pessoal

E-mail Comercial (ou segunda opção de e-mail)

--	--

Local _____

Data: _____ / _____ /20 _____



Assinatura Associado(a) Titular



Assinatura Familiar Agregado(a)

¹ É obrigatório o Cartão Nacional de Saúde (CNS) para os atendimentos pelo SUS a partir de 01/03/2012, e pelos **planos de saúde a partir de 05/06/2012**, conforme deliberação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)



AVISO DE PRIVACIDADE SOBRE O TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

A SIM - Caixa de Assistência à Saúde, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018 - LGPD), informa que os dados pessoais fornecidos neste formulário serão tratados para a inscrição e administração do plano de saúde.

O tratamento desses dados tem como base legal:

- 1. CUMPRIMENTO DE OBRIGAÇÃO REGULATÓRIA** (art. 7º, II da LGPD), conforme exigido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e demais órgãos;
- 2. A EXECUÇÃO DO CONTRATO** (art. 7º, V da LGPD), necessário para a prestação dos serviços do plano;
- 3. PROTEÇÃO DA VIDA OU DA INCOLUMIDADE FÍSICA DO TITULAR OU DE TERCEIROS** (art. 7º, VII da LGPD), especialmente em casos de emergências médicas ou atendimento hospitalar.

Esses dados serão utilizados para:

Cadastro e manutenção do contrato de assistência à saúde;

Processamento de solicitações e autorizações de serviços médicos;

Cumprimento de obrigações regulatórias perante órgãos competentes;

Atendimento de emergências, garantindo a segurança e a proteção da saúde do beneficiário.

Os dados poderão ser compartilhados com prestadores de serviços médicos e órgãos reguladores, quando necessário, sempre respeitando normas de segurança e privacidade.

Local: _____

Data: _____ / _____ /20_____



Assinatura Beneficiário(a) Titular



Assinatura Familiar Agregado(a)



DECLARAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTOS REFERENTES AO PLANO SIM FAMÍLIA:

Declaro que recebi as informações referentes às condições da inscrição oferecidos pelo Plano SIM Família e que **tenho interesse**.

TITULAR

Na oportunidade autorizo a SIM-Caixa de Assistência à Saúde a debitar, mensalmente na minha conta corrente do Banco do Brasil nº _____, agência nº _____ ou pela emissão de Boleto ___, a importância equivalente ao valor da mensalidade e coparticipação do agregado que ora inscrevo. Estando ciente que sobre os valores pagos com atraso incidirão juros e multas previstas no regulamento do Plano SIM Família, sendo que poderá acarretar na exclusão do minha e de meu agregado e inclusão nos serviços de proteção ao crédito.

Data: ____ / ____ /20 ____



Assinatura Associado(a) Titular

AGREGADO

Na oportunidade reconheço minha responsabilidade solidária e autorizo a SIM - Caixa de Assistência à Saúde à tomar as providências para cobrança do valor devido sobre meu plano, via cobrança bancária ou debitar na minha conta corrente do Banco do Brasil nº _____, agência nº _____ ou pela emissão de boleto ___, a importância equivalente ao valor da mensalidade e coparticipação de meu plano. Estando ciente que sobre os valores pagos com atraso incidirão juros e multas previstas no regulamento do Plano SIM Família, sendo que poderá acarretar na exclusão de meu plano e inclusão nos serviços de proteção ao crédito.

Data: ____ / ____ /20 ____



Assinatura Familiar Agregado(a)

Para uso exclusivo do SIM – Plano de Saúde:

Recebido por: _____

Documentos em anexos estão OK: SIM ou NÃO Aprovado: SIM ou NÃO

Verificado por: _____



DECLARAÇÃO DO ASSOCIADO TITULAR DA SIM

Eu , associado(a) titular da SIM - Caixa de Assistência à Saúde, inscrito(a) no CPF/MF sob nº , declaro que, antes da assinatura deste documento de adesão, me foi disponibilizado o Manual de Orientação para contratação de Planos de Saúde – MPS. Declaro ainda que por minha opção, terei acesso ao Guia de Leitura Contratual (GLC) e dentre outros informativos sobre o Plano SIM Família através do site da SIM - Caixa de Assistência à Saúde www.simplanodesaude.com.br

Nome do(a) Beneficiário(a) Agregado(a) _____

Número do CPF do(a) Beneficiário(a) Agregado(a) _____

Local _____

Data: _____ / _____ /20_____

Assinatura Associado(a) Titular

Assinatura Familiar Agregado(a)



DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Plano SIM Família – Registro ANS sob nº 467.417/12-1

(O familiar agregado, preenche e assina todas as vias)

Dados do Familiar Agregado Proponente

Nome do(a) Agregado(a)

--	--	--	--

Data de Nascimento

Altura

Peso

Sexo (M/F)

--	--	--	--

Informações Importantes

A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, que são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão ao presente instrumento de acordo com o artigo 20 do Regulamento do Plano SIM Família, e em conformidade com o art. 11 da Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas na RN 162/2007, e posteriores atualizações;

A omissão de informações sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o(a) sr(a) saiba ser portador(a), no momento do preenchimento desta declaração, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o(a) sr(a) será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que estiver recebido comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão pré-existente não declarada.

Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, a SIM – Caixa de Assistência oferecerá ao Beneficiário a CPT, que consiste na suspensão, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos exclusivamente relacionados às doenças ou lesões pré-existentes, conforme disposto no artigo 21 § 1º do Regulamento do Plano SIM Família e em conformidade com o descrito no art. 2º, inciso II, da Resolução Normativa nº 162/2007 da ANS.

No preenchimento desta declaração, o Sr(a) tem as alternativas de ser orientado(a), sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança, caso este em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade, ou optar pela dispensa da presença do médico:

- Desejo ser orientado(a) por Médico (a) de minha escolha, Dr(a) _____ CRM: _____
- Desejo ser orientado(a) por Médico (a) designado pelo SIM – Plano de Saúde.
- Dispenco a presença do Médico(a) orientador para me auxiliar, por entender que não há, de minha parte, qualquer dúvida com relação as perguntas formuladas e suas implicações.



Assinatura Familiar Agregado(a)

Perguntas

1. É portador(a) de diabetes e/ou câncer?	<input type="checkbox"/> SIM ()	<input type="checkbox"/> NÃO ()	Especificar:
2. É portador(a) de doenças endócrinas ou metabólicas (tireóide, obesidade mórbida, entre outras)?	<input type="checkbox"/> SIM ()	<input type="checkbox"/> NÃO ()	Especificar:
3. É portador(a) alguma doença ortopédica, como osteoporose, artrose, tendinite, hérnias (disco, hiato, umbilical, inguinal, etc) e fraturas, dentre outras?	<input type="checkbox"/> SIM ()	<input type="checkbox"/> NÃO ()	Especificar:
4. É portador(a) de alguma doença neurológica, mal de Parkison, Alzheimer, epilepsia, paralisia cerebral, AVC, esclerose múltipla, ou outra?	<input type="checkbox"/> SIM ()	<input type="checkbox"/> NÃO ()	Especificar:
5. É portador(a) de doenças renais ou de bexiga(cálculos, infecção dos rins, nefrites, entre outras)?	<input type="checkbox"/> SIM ()	<input type="checkbox"/> NÃO ()	Especificar:
6. É portador(a) de doenças reumáticas ou colagenoses (artrite, febre reumática, lúpus, entre outras)?	<input type="checkbox"/> SIM ()	<input type="checkbox"/> NÃO ()	Especificar:
7. É portador(a) de doenças profissionais ou ocupacionais (LER)?	<input type="checkbox"/> SIM ()	<input type="checkbox"/> NÃO ()	Especificar:
8. É portador(a) de doenças das veias ou artérias(varizes, trombose, hemorroidas, aneurisma, entre outras)?	<input type="checkbox"/> SIM ()	<input type="checkbox"/> NÃO ()	Especificar:
9. Realiza ou realizou diálise ou hemodiálise, quimioterapia, branquiterapia ou radioterapia?	<input type="checkbox"/> SIM ()	<input type="checkbox"/> NÃO ()	Especificar:
10. É portador(a) de doenças órgãos genitais masculinos (próstata, testículos, pênis) ou Doenças ginecológicas e das mamas (períneo, nódulo de mama, cisto de ovário, mioma, endometriose, entre outras)?	<input type="checkbox"/> SIM ()	<input type="checkbox"/> NÃO ()	Especificar:

 **Assinatura Familiar Agregado(a)**

11. É portador(a) doenças do sangue (anemia, leucemia, hemofilia, linfomas, entre outras)?	SIM (<input type="checkbox"/>)	NÃO (<input type="checkbox"/>)	Especificar:
12. É portador(a) infectocontagiosas (hepatite, tuberculose, HIV, entre outras)?	SIM (<input type="checkbox"/>)	NÃO (<input type="checkbox"/>)	Especificar:
13. É portador(a) de doença cardíaca, circulatória ou hipertensão arterial?	SIM (<input type="checkbox"/>)	NÃO (<input type="checkbox"/>)	Especificar:
14. É portador(a) de doença renais ou de bexiga (cálculos, infecção dos rins, nefrites, entre outras)?	SIM (<input type="checkbox"/>)	NÃO (<input type="checkbox"/>)	Especificar:
15. É portador(a) de doença pulmonar (como Tuberculose, enfisema, asma, etc), ou doença digestiva (como gastrite, úlcera, etc), doença da vesícula biliar?	SIM (<input type="checkbox"/>)	NÃO (<input type="checkbox"/>)	Especificar:
16. É portador(a) de alguma doença dos olhos, como catarata, estrabismo, glaucoma, miopia, hipermetropia, astigmatismo, ceratocone, presbiopia, ou alterações de retina, entre outras?	SIM (<input type="checkbox"/>)	NÃO (<input type="checkbox"/>)	Especificar:
17. Foi submetido(a) a alguma internação cirúrgica?	SIM (<input type="checkbox"/>)	NÃO (<input type="checkbox"/>)	Especificar:
18. Possui doença ou má formações congênitas ou hereditárias?	SIM (<input type="checkbox"/>)	NÃO (<input type="checkbox"/>)	Especificar:
19. Possui tratamento clínico, cirúrgico ou transplante programado ou indicado para os próximos meses?	SIM (<input type="checkbox"/>)	NÃO (<input type="checkbox"/>)	Especificar:
20. Possui doença dos ouvidos, nariz ou garganta (diminuição da audição, pólipos, tumores, desvio de septo, entre outras)?	SIM (<input type="checkbox"/>)	NÃO (<input type="checkbox"/>)	Especificar:



Assinatura Familiar Agregado(a)

21. Possui marca-passo ou outra prótese interna (pinos, placas, parafusos, entre outras)?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Especificar:
22. É portador(a) de alguma doença não relacionada nas perguntas desta declaração?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Especificar:

Nos casos de preenchimento da declaração com acompanhamento médico anexar a avaliação clínica assinada pelo médico.

Declaro para os devidos fins que as informações prestadas na Declaração de Saúde, relativas a mim, foram espontaneamente feitas de próprio punho, são verdadeiras e completas, e assumo inteira responsabilidade por elas. Estou ciente que a omissão de fatos e informações que possam influir no correto enquadramento das coberturas, poderá ser considerado como comportamento fraudulento, poderá implicar na exclusão unilateral do Plano SIM Família, além de estar obrigado a arcar com os custos dos atendimentos obtidos em relação a cirurgia, uso de leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, ligada a DLP. Comprometo-me a prestar toda e qualquer outra informação adicional que vier a ser solicitada, bem como autorizo médicos, clínicas e quaisquer entidades públicas ou privadas de saúde, a enviar a SIM as informações de que ela necessitar sobre o meu estado de saúde, resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-a, de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ao sigilo profissional.

Declaro que recebi uma via da respectiva declaração de saúde e que tenho ciência de que poderei ser convocado para realização de qualquer exame ou perícia, após a avaliação da Declaração de Saúde ou Entrevista Qualificada.

Local _____

Data: _____ / _____ /20 _____



Assinatura Familiar Agregado(a)

CARTA DE ORIENTAÇÃO AOBENEFICIÁRIO

Prezado(a)Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula a atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora NÃO poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade – PAC (tomografia, ressonância, etc.*) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- NÃO haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.



Assinatura Familiar Agregado(a)

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico:

www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS - **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.**

Nome Beneficiário(a) Agregado(a) 

Local _____

Data: _____ / _____ /20_____



Assinatura Familiar Agregado(a)

INFORMAÇÕES GERAIS:

01. DOCUMENTOS DE ORIENTAÇÃO E OUTROS

Regulamento do Plano, Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC, Tabela de Reembolso, Guia da Rede de Cobertura e dentre outros informativos sobre o Plano SIM Família se encontram no sítio da SIM - Caixa de Assistência à Saúde (www.simplanodesaude.com.br),

02. QUEM PODE SER INSCRITO COMO AGREGADO NO PLANO SIM FAMILIA

- O pai e a mãe.
- O(a) sogro(a).
- O(a) filho(a) que perde condição de dependência no Plano SIM Saúde.
- O(a) enteado(a).
- O(a) irmão(ã).
- Cônjuge do irmão(ã).
- O(a) neto(a).
- Cônjuge do neto(a).
- Bisnetos.
- O(a) sobrinho(a).
- O(a) ex-cônjuge, por determinação judicial.
- A nora e o genro.

03. VALOR DA MENSALIDADE (POR FAIXA ETÁRIA) E DA TAXA DE INSCRIÇÃO

00 a 18 anos de idade	R\$ 412,11
19 a 23 anos de idade	R\$ 474,05
24 a 28 anos de idade	R\$ 562,97
29 a 33 anos de idade	R\$ 709,61
34 a 38 anos de idade	R\$ 776,54
39 a 43 anos de idade	R\$ 841,09
44 a 48 anos de idade	R\$ 910,96
49 a 53 anos de idade	R\$ 1.193,52
54 a 58 anos de idade	R\$ 1.384,45
59 anos e acima	R\$ 1.830,44
Taxa de inscrição (pagamento único)	R\$36,49

04. PRAZOS DE CARÊNCIA

Consultas Médicas	24 horas
Procedimentos de urgência e de emergência	24 horas
Exames e tratamentos ambulatoriais	90 dias
Para os demais casos, bem como novos procedimentos decorrentes da atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS	180 dias
Partos a termo	300 dias

05. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - CNS

Conforme previsto na Resolução Normativa nº 250 de 2011, as operadoras de planos de saúde deverão informar à ANS os números do Cartão Nacional de Saúde (CNS) de seus beneficiários, sendo que a relação de obrigatoriedade do CNS para os atendimentos pelo SUS a partir de 01/03/2012, e pelos planos de saúde a partir de 05/06/2012.

Para tanto solicitamos aos beneficiários que inscrevam ao plano, bem como seus dependentes, que forneça o nº do CNS (primeira página deste requerimento).

O número do CNS pode ser consultado pelo link:

<https://portaldocidadao.saude.gov.br/portalcidadao/verificarSePossuiCNS.htm>.

Caso nunca tenha sido atendido pelo SUS e ainda não possua nº do CNS, você pode encaminhar-se a um agente público de saúde e solicitar a emissão do Cartão Nacional de Saúde.

06. DOCUMENTAÇÃO PARA INSCRIÇÃO FAMILIARES AGREGADOS NO PLANO SIM FAMÍLIA

Para todas as inscrições se faz necessário às cópias dos seguintes documentos do **TITULAR** e **AGREGADO**: **CARTEIRA DE IDENTIDADE, CPF e COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA**.

Para a análise das carências relacionadas à portabilidade, solicitamos que a carta seja entregue juntamente com a documentação necessária para inclusão no novo plano.

Para a comprovação do Parentesco do Familiar Agregado aos seguintes faz necessário às cópias dos seguintes documentos:

PAI E MÃE

1. Preenchimento do formulário “Requerimento de Inscrição”, devidamente assinado pelo Associado Titular e Agregado
2. Cópia da identidade e CPF do(a) pai e/ou mãe

SOGRO(A)

1. Preenchimento do formulário “Requerimento de Inscrição”, devidamente assinado pelo Associado Titular e Agregado
2. Cópia da identidade e CPF do cônjuge
3. Cópia da identidade e CPF do sogro (a)
4. Cópia da certidão de casamento atualizada ou Certidão de União Estável (três meses de emissão da cópia) (somente para os casos onde o cônjuge não esteja cadastrado no plano do Titular no SIM)

FILHOS(AS)

1. Preenchimento do formulário “Requerimento de Inscrição”, devidamente assinado pelo Associado Titular e Agregado
2. Cópia da certidão de nascimento
3. Cópia da identidade e CPF do filho
4. Cópia da identidade e CPF da mãe, se menor de idade

ENTEADOS(AS)

1. Preenchimento do formulário “Requerimento de Inscrição”, devidamente assinado pelo Associado Titular e Agregado
2. Cópia da certidão de nascimento
3. Cópia da identidade e CPF do enteado
4. Cópia da identidade e CPF da mãe, se menor de idade
5. Cópia da certidão de casamento atualizada ou Certidão de União Estável (três meses de emissão da cópia) (somente para os casos onde o cônjuge não esteja cadastrado no plano do Titular no SIM)

IRMÃO(Ã)

1. Preenchimento do formulário “Requerimento de Inscrição”, devidamente assinado pelo Associado Titular e Agregado
2. Cópia da identidade e CPF do associado Titular
3. Cópia da identidade e CPF do irmão(ã)

CÔNJUGE DO IRMÃO(A) (CUNHADO/A)

1. Preenchimento do formulário “Requerimento de Inscrição”, devidamente assinado pelo Associado Titular e Agregado
2. Cópia da identidade e CPF do irmão
3. Cópia da Certidão de Casamento atualizada da cunhado(a) (três meses de emissão da cópia)

NETO(A)

1. Preenchimento do formulário “Requerimento de Inscrição”, devidamente assinado pelo Associado Titular e Agregado
2. Cópia da identidade e CPF do filho(a) do Titular
3. Cópia da Certidão de Nascimento e CPF do neto(a)

CÔNJUGE DO NETO(A)

1. Preenchimento do formulário “Requerimento de Inscrição”, devidamente assinado pelo Associado Titular e Agregado
2. Cópia da identidade e CPF do filho(a) do Titular
3. Cópia da identidade e CPF do neto(a)
4. Cópia da Certidão de Casamento atualizada do neto(a) (três meses de emissão da cópia)

BISNETOS(AS)

1. Preenchimento do formulário “Requerimento de Inscrição”, devidamente assinado pelo Associado Titular e Agregado
2. Cópia da identidade e CPF do filho(a) do Titular
3. Cópia da identidade e CPF do neto(a) do Titular
4. Cópia da Certidão de Nascimento e CPF do bisneto(a)

SOBRINHOS(AS)

1. Preenchimento do formulário “Requerimento de Inscrição”, devidamente assinado pelo Associado Titular e Agregado
2. Cópia da identidade e CPF do irmão(ã) do Titular
3. Cópia da identidade e CPF do sobrinho(a)

EX-CÔNJUGE

1. Preenchimento do formulário “Requerimento de Inscrição”, devidamente assinado pelo Associado Titular e Agregado
2. Cópia da identidade e CPF do(a) ex-cônjuge
3. Cópia da determinação judicial

NORA E GENRO

1. Preenchimento do formulário “Requerimento de Inscrição”, devidamente assinado pelo Associado Titular e Agregado
2. Cópia da identidade e CPF do genro ou nora
3. Cópia da certidão de casamento do genro ou nora (três meses de emissão da cópia)

ANEXO I

LISTA DE VERIFICAÇÃO (CHECKLIST) PARA CONFERENCIA ASSOCIADO TITULAR E FAMILIAR AGREGADO

ITENS VERIFICAÇÃO	SIM	NÃO
Todos os campos destinados ao ASSOCIADO TITULAR (indicados com ) estão preenchidos e assinados		
Todos os campos destinados ao FAMILIAR AGREGADO (indicados com ) estão preenchidos e assinados		
FAMILIAR AGREGADO assinou o rodapé das páginas (indicados com )		
Cópia da identidade, CPF, comprovante de residência ASSOCIADO TITULAR		
Cópia da identidade, CPF, comprovante de residência FAMILIAR AGREGADO		
Cópia lista de DOCUMENTOS que caracterizam a relação de parentesco		
Para familiar agregado menor, os campos (indicado com ) estão devidamente assinados pelo seu responsável ou representante legal.		