



FICHA DE ADESÃO

MATRÍCULA CNEN

						-		
--	--	--	--	--	--	---	--	--

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

Preencher no caso de Servidor Admitido ou Fora de Folha

NOME DO TITULAR

SEXO

M - MASCULINO
F - FEMININO

E. CIVIL

1 - SOLTEIRO 2 - CASADO 3 - SEPARADO JUDICIALMENTE
4 - DIVORCIADO 5 - VIÚVO 6 - OUTROS

DATA DE NASCIMENTO

ENDEREÇO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

BANCO

AGÊNCIA

CONTA CORRENTE

TELEFONE RESIDENCIAL

RAMAL

DATA DE INGRESSO NO PLAM CNEN

DADOS DOS DEPENDENTES

ORD	NOME	BAIRRO	CIDADE	GP	SEXO	E.CIVIL	DT. NASC.
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							

OBS.: FILHOS MAIORES DE 21 ANOS PASSAM A TER DESCONTO DE 3,5 % LIMITADO A R\$ 125,00

LEGENDA DOS DADOS DE DEPENDENTES

.GP → GRAU DE PARENTESCO:

01. FILHO ATÉ 20 ANOS	02. FILHO DE 21 A 30 ANOS
03. FILHO INVÁLIDO DE 21 A 44 ANOS	04. FILHO INVÁLIDO A PARTIR DE 45 ANOS
05. PAI E MÃE ATÉ 44 ANOS	06. PAI E MÃE A PARTIR DE 45 ANOS
07. IRMÃO INVÁLIDO ATÉ 44 ANOS	08. IRMÃO INVÁLIDO A PARTIR DE 45 ANOS
09. CÔNJUGUE/COMPANHEIRO (A)	

.CODIFICAÇÃO DO SEXO E ESTADO CIVIL IGUAL A DO TITULAR**DEPENDENTES: ANEXAR CÓPIA DOS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS**

O TITULAR ABAIXO ASSINADO AUTORIZA DESCONTAR DO SEU SALÁRIO O VALOR CORRESPONDENTE AO PLANO MÉDICO HOSPITALAR E DECLARA SEREM VERÍDICAS AS INFORMAÇÕES PRESTADAS ACIMA, SOB PENA DAS SANÇÕES PREVISTAS EM LEI.

LOCAL _____ EM ____/____/____

ASSINATURA DO TITULAR

PARA USO DO PLAM CNEN

APROVAÇÃO DA INSCRIÇÃO

EM ____/____/____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL - PLAM CNEN