

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO
PARA ASSOCIADO(A) TITULAR**

			ANS – nº -----	
Beneficiário(a) Titular:			Nº Cartão Nac. de Saúde:	
Nome da Mãe:		Nome do Pai:		
Empresa:	Matrícula MPRJ:	Local:	Categoria:	
Data de Nascimento: ____/____/____	Gênero: () Feminino () Masculino	CPF:	Estado Civil:	
Data do Casamento: ____/____/____	Identidade:	Data de Emissão: ____/____/____	Órgão:	
Endereço:				
Bairro:		Cidade:	CEP:	Estado:
Tel. Residencial:	Tel. Comercial:	Celular: DDD () Tel.:	WhatsApp:	Telegram:
Forma de Pagamento:	Banco:	Agência:	Conta Corrente:	
E-mail Funcional:		E-mail Pessoal:		
Data de Adesão: ____/____/____	Plano:	Acomodação:	Área Geográfica: ESTADUAL – Cobertura Adicional para atendimento de urgência e emergência em todo território nacional, pela rede UNIMED FERJ.	
Autorização receber avisos, informativos, campanhas e notícias da CAMPERJ por e-mail, SMS e WhatsApp:				Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Enviar em anexo cópia da carteira funcional, RG, CPF, certidão de casamento e comprovante de residência.				
Declaro que tenho conhecimento e que fui esclarecido(a) sobre as carências instituídas pela Lei 9656/98 e das condições de atendimento previstas nos regulamentos da CAMPERJ para o plano escolhido, inclusive quanto aos limites de horas de atendimento nos casos de urgência e emergência durante o prazo de carências. Declaro ter recebido, lido e entendido o Estatuto da CAMPERJ, por isso, estou de acordo com as regras do(s) plano(s) contratado(s).				

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) Titular