

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO  
PARA AGREGADO(A)**

			ANS – nº .....	
Beneficiário(a) Titular:			Matrícula MPRJ:	
Nome do(a) Agregado(a):			Nº Cartão Nac. de Saúde:	
Nome da Mãe:		Nome do Pai:		
Data de Nascimento: ____/____/____	Gênero: ( ) Feminino ( ) Masculino	CPF:	Estado Civil:	
Data do Casamento: ____/____/____	Identidade:	Data de Emissão: ____/____/____	Órgão:	
Endereço:		Profissão:	Grau de Parentesco:	
Bairro:		Cidade:	CEP:	Estado:
Tel. Residencial:	Tel. Comercial:	Celular: DDD ( ) Tel.:	WhatsApp:	Telegram:
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"/>
<p>➤ <b>Agregado(a):</b> Enviar em anexo cópia do RG ou certidão de nascimento, CPF, certidão de casamento ou união estável e comprovante de residência.</p> <p>➤ <b>Agregados são:</b></p> <p>a) os que ingressaram na CAMPERJ até dia 31/03/2019;</p> <p>b) o descendente menor de 43 (quarenta e três) anos;</p> <p>c) o cônjuge ou companheiro(a) do(a) descendente menor de 43 (quarenta e três) anos.</p>				
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