

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO
PARA DEPENDENTE**

			ANS – nº -----	
Beneficiário(a) Titular:			Matrícula MPRJ:	
Nome do(a) Dependente:			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>➤ Dependente: Enviar em anexo cópia do RG ou certidão de nascimento, CPF, certidão de casamento ou união estável, comprovante de escolaridade para os estudantes que estão cursando o ensino superior, comprovante de residência e declaração de dependência financeira do MPRJ-MED (somente nos casos de mãe e pai).</p> <p>➤ Dependentes são:</p> <p>a) o cônjuge ou companheiro(a);</p> <p>b) o filho ou enteado menor de 21 (vinte e um) anos;</p> <p>c) o filho ou enteado estudante, que frequente o ensino superior, ou curse ainda pós-graduação lato ou stricto sensu, desde que não exerça atividade remunerada, até a idade de 24 (vinte e quatro) anos;</p> <p>d) o filho ou enteado inválido;</p> <p>e) o filho, o enteado e os menores que, mediante autorização judicial, vivam sob a guarda e sustento do Beneficiário Titular;</p> <p>f) o ascendente que seja dependente financeiro do Titular devidamente inscrito no MPRJ-MED.</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