

## TERMO DE ADEÇÃO AO PLANO EMPRESA

**EMPRESA:** \_\_\_\_\_

Pelo presente, solicito à CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO DO NORDESTE DO BRASIL - CAMED a:

**Inclusão do meu nome como TITULAR.**

**Inclusão do(s) meu(s) Dependente(s) abaixo.**

| DADOS DO TITULAR   |  |   |   |  |              |
|--|--|---|---|--|--------------|
| NOME:  |  |   |   | MATRÍCULA: <b>PARA USO DA CAMED</b>  |              |
| DATA DE ADMISSÃO:  | DATA DE NASCIMENTO:  | SEXO:<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F                | ESTADO CIVIL:   | CPF:   |              |
| NOME DA MÃE:   |  |   |   |  |              |
| NOME DO PAI:   |  |   |   |  |              |
| RG:  | ÓRGÃO EMISSOR:   | DATA DE EXPEDIÇÃO:  | PIS/PASEP:  |  |              |
| ACOMODAÇÃO:<br><input type="checkbox"/> APARTAMENTO <input type="checkbox"/> ENFERMARIA                                    |  | *SAÚDE 24 HORAS:<br><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |   | *ODONTOLOGIA:<br><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |              |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL (RUA, AVENIDA, PRAÇA, ETC):   |  |   | NÚMERO:   | CEP:   |              |
| COMPLEMENTO (APTO, SETOR, BLOCO, ETC):   |  |   | BAIRRO:   |  |              |
| MUNICÍPIO:   | UF:  | DDD:  | TEL RESIDENCIAL:  | TEL COMERCIAL:   | TEL CELULAR: |
| DEPENDENTE - 01  |  |   |   |  |              |
| NOME:  |  |   |   | MATRÍCULA: <b>PARA USO DA CAMED</b>  |              |
| DATA DE NASCIMENTO:  | SEXO:<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | ESTADO CIVIL:   | CPF:  |  |              |
| NOME DA MÃE:   |  |   |   |  |              |
| NOME DO PAI:   |  |   |   |  |              |
| RG:  | ÓRGÃO EMISSOR:   | DATA DE EXPEDIÇÃO:  | PARENTESCO COM O TITULAR:                               |  |              |
| ACOMODAÇÃO:<br><input type="checkbox"/> APARTAMENTO <input type="checkbox"/> ENFERMARIA                                    |  | *SAÚDE 24 HORAS:<br><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |   | *ODONTOLOGIA:<br><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |              |
| DEPENDENTE - 02  |  |   |   |  |              |
| NOME:  |  |   |   | MATRÍCULA: <b>PARA USO DA CAMED</b>  |              |
| DATA DE NASCIMENTO:  | SEXO:<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | ESTADO CIVIL:   | CPF:  |  |              |
| NOME DA MÃE:   |  |   |   |  |              |
| NOME DO PAI:   |  |   |   |  |              |
| RG:  | ÓRGÃO EMISSOR:   | DATA DE EXPEDIÇÃO:  | PARENTESCO COM O TITULAR:                               |  |              |
| ACOMODAÇÃO:<br><input type="checkbox"/> APARTAMENTO <input type="checkbox"/> ENFERMARIA                                    |  | *SAÚDE 24 HORAS:<br><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |   | *ODONTOLOGIA:<br><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |              |
| * Marcar estas opções caso estes Módulos tenham sido contratados pela empresa.   |  |   |   |  |              |
| <b>OBS:</b>  |  |   |   |  |              |
| 1. Lembramos que as movimentações deverão ser solicitadas até a data limite informada pela Camed.                          |  |   |   |  |              |
| 2. TITULARES - anexar cópia do RG ou Carteira de Motorista (modelo novo), CPF e Registro de Empregado.                     |  |   |   |  |              |
| 3. DEPENDENTES – anexar cópia do RG ou Carteira de Motorista (modelo novo), CPF e comprovante de parentesco com o titular. |  |   |   |  |              |
| 4. Nas INCLUSÕES todos os campos deverão ser preenchidos.  |  |   |   |  |              |
| 5. Anexar Declaração de Saúde e Entrevista Qualificada quando necessário.  |  |   |   |  |              |
| 6. Em casos de recém-nascidos enviar o termo no prazo de até 30 dias do nascimento.  |  |   |   |  |              |
| LOCAL E DATA:  |  |   | ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELO RH DA EMPRESA: |  |              |
| _____  |  |   | _____   |  |              |