



FICHA DE CADASTRO DE USUÁRIOS

FIOSAÚDE

MATRÍCULA DO TITULAR	PATRC	PLANO	MATRÍCULA PATROCINADORA	DATA NASCIMENTO	CPF DO TITULAR
DATA DE EXERCÍCIO / ADMISSÃO		ESTADO CIVIL			MOV
/ /					I A E
NOME DO TITULAR					
NOME DA MÃE					

DECLARAÇÃO

DECLARO, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE TENHO CONHECIMENTO:

- DO TEOR DO REGULAMENTO DO FIOSAÚDE EM ESPECIAL DAS COBERTURAS ASSEGURADAS PELO PLANO E CONDIÇÕES DE INGRESSO E MANUTENÇÃO DE DEPENDENTES E AGREGADOS;
- QUE O CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO DE QUALQUER USUÁRIO SÓ SERÁ PROCESSADO MEDIANTE A DEVOLUÇÃO DA RESPECTIVA CARTEIRA DE INSCRIÇÃO VÁLIDA, DEVENDO RESSARCIR O FIOSAÚDE POR TODAS AS DESPESAS INDEVIDAMENTE GERADAS APÓS A EXCLUSÃO DO USUÁRIO;
- DO VALOR A SER COBRADO PARA CUSTEIO DO PLANO, O QUAL AUTORIZO, DESDE JÁ, QUE SEJA DESCONTADO EM FOLHA DE PAGAMENTO A PARTIR DESTA DATA;
- QUE OS VALORES NÃO DESCONTADOS EM FOLHA DEVERÃO SER QUITADOS ATRAVÉS DE BOLETO BANCÁRIO, NO VENCIMENTO INDICADO PELO FIOSAÚDE APÓS O QUAL INCIDIRÃO OS ENCARGOS PREVISTOS EM REGULAMENTO;
- QUE O ATRASO NO PAGAMENTO DOS VALORES DEVIDOS, POR MAIS DE SESENTA DIAS CONSECUTIVOS OU NÃO, ACARRETERÁ A SUSPENSÃO DOS SERVIÇOS.

TIPO	MATRÍCULA DO USUÁRIO	SEXO	CPF	DATA DE NASCIMENTO	PLANO	GR.PAR	MOV
DE D A		M F		/ /			I A E
NOME DO USUÁRIO							ESTADO CIVIL
NOME DA MÃE							

TIPO	MATRÍCULA DO USUÁRIO	SEXO	CPF	DATA DE NASCIMENTO	PLANO	GR.PAR	MOV
DE D A		M F		/ /			I A E
NOME DO USUÁRIO							ESTADO CIVIL
NOME DA MÃE							

TIPO	MATRÍCULA DO USUÁRIO	SEXO	CPF	DATA DE NASCIMENTO	PLANO	GR.PAR	MOV
DE D A		M F		/ /			I A E
NOME DO USUÁRIO							ESTADO CIVIL
NOME DA MÃE							

TIPO	MATRÍCULA DO USUÁRIO	SEXO	CPF	DATA DE NASCIMENTO	PLANO	GR.PAR	MOV
DE D A		M F		/ /			I A E
NOME DO USUÁRIO							ESTADO CIVIL
NOME DA MÃE							

TIPO	MATRÍCULA DO USUÁRIO	SEXO	CPF	DATA DE NASCIMENTO	PLANO	GR.PAR	MOV
DE D A		M F		/ /			I A E
NOME DO USUÁRIO							ESTADO CIVIL
NOME DA MÃE							

DADOS CADASTRAIS

ENDEREÇO			CEP	BAIRRO		
MUNICÍPIO		UF	TELEFONE RESID.	TELEFONE TRAB.	CELULAR	
BANCO	NOME DO BANCO	AGÊNCIA	NOME DA AGÊNCIA	CIA. CORRENTE <input type="checkbox"/>	CIA. POUPANÇA <input type="checkbox"/>	
E-MAIL				LOTAÇÃO (UNIDADE)		

Rio de Janeiro, ____/____/____
LOCAL DATA

ASSINATURA DO USUÁRIO

DATA	LOCAL DE ATENDIMENTO	FUNCIONÁRIO DO FIOSAÚDE
/ /	Rio de Janeiro	