



VIDA EMERGÊNCIAS MEDICAS
ORIENTAÇÃO MEDICA POR TELEFONE (OMT)

NOME DO ASSOCIADO: _____

Inscrição ASPAS: _____ **Data:** ____/____/____ **CPF:** _____

Inscrição individual:

Inscrição com Dependente:

IDENTIFICAÇÃO DO DEPENDENTE

NOME:

CPF:

CODIGO DE PARENTESCO:

DATA DE NASC:

TEL:

ENDEREÇO:

CEP:

NOME:

CPF:

CODIGO DE PARENTESCO:

DATA DE NASC:

TEL:

ENDEREÇO:

CEP:

NOME:

CPF:

CODIGO DE PARENTESCO:

DATA DE NASC:

TEL:

ENDEREÇO:

CEP:

CODIGO PARENTESCO (C.P.): 1 - Cônjuge ou Companheiro; 2 - Filhos; 3 - Pai; 4 - Mãe, 5 - Netos; 6 - Irmãos; 7 - Avós, 8 - Enteados; 9 - Sogros; 10 - Sobrinhos; 11 - Tios; 12 - Cunhados, 13 - Outros até o 3º grau consanguíneo e 2º grau de parentesco por afinidade.

AUTORIZO DESCONTO EM FOLHA BENEFÍCIO SERPROS/BOLETO SEMESTRAL.

OBSERVAÇÃO: O Titular não será cobrado por este serviço.

Data: ____/____/____

Assinatura do Sócio Titular