

## VIDA EMERGÊNCIAS MEDICAS

### PLANO COMPLETO (OMT+APH)

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 TRIMESTRAL.**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura do Sócio Titular