

## FICHA DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

**AVISO:** A solicitação de movimentação cadastral e a validade desta proposta estão condicionados à análise e aprovação do Eletros-Saúde, ao seu preenchimento em letra de forma e à ausência de rasura.

Nome do Titular ( <b>nome completo sem abreviações</b> ):	
CPF:	Nº Eletros:
Nº de Cadastro:	Data de Nascimento: ____/____/____
Patrocinadora:	Estado Civil:

**SOLICITO A ALTERAÇÃO ABAIXO INDICADA NO PLANO ELETROS-SAÚDE**

- Inclusão de Dependentes  Exclusão de dependentes  
 Transferência de usuário família para dependentes

**DEPENDENTES**

Nome do Dependente ( <b>nome completo sem abreviações</b> ):		
Nome da Mãe ( <b>nome completo sem abreviações</b> ):		
Data de Nascimento: ____/____/____	Parentesco:	CPF :
<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Estado Civil:	
Declaração Nascido Vivo ( <b>para nascidos a partir de 01/01/2010</b> ):	E-mail:	

Nome do Dependente ( <b>nome completo sem abreviações</b> ):		
Nome da Mãe ( <b>nome completo sem abreviações</b> ):		
Data de Nascimento: ____/____/____	Parentesco:	CPF:
<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Estado Civil:	
Declaração Nascido Vivo ( <b>para nascidos a partir de 01/01/2010</b> ):	E-mail:	

## DEPENDENTES - cont.:

Nome do Dependente ( <b>nome completo sem abreviações</b> ):		
Nome da Mãe ( <b>nome completo sem abreviações</b> ):		
Data de Nascimento: ____/____/____	Parentesco:	CPF:
<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Estado Civil:	
Declaração Nascido Vivo ( <b>para nascidos a partir de 01/01/2010</b> ):	E-mail:	

Autorizo, por meio desta, a **Eletros/Eletronbras/Cepel**, em razão da movimentação cadastral ora requerida, a providenciar o desconto em Folha de pagamento/Benefícios correspondente às mensais que vierem a der devidas, bem como outros descontos que se fizerem necessários em decorrência da utilização do plano **Eletros-Saúde**.  
No caso de minha condição ser de **Autopatrocinador** ou **BPD (Vesting)**, comprometo-me a efetuar os pagamentos por outro meio por ela instituído.

**Anexar cópias:**

**Cônjuge ou Companheiro** – Certidão de Casamento ou União Estável, Carteira de Identidade, CPF e CNS (Carteira Nacional de Saúde);

**Filho** – Certidão de Nascimento, ou Carteira de Identidade, CPF dos dependentes maiores de 18 anos e Comprovante de Escolaridade no caso de filho maior de 21 anos até 24 anos;

Outrossim, declaro para os devidos fins que tenho conhecimento do **Regularmento do Plano/Produto** e manifesto, neste ato, minha inteira concordância com os dispositivos nele constantes.

**AVISO:** O presente termo se tornará ineficaz na hipótese de nele constar qualquer declaração inverídica.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular:

## PARA USO DO ELETROS-SAÚDE

_____ Produto	_____ Patrocinadora	_____ NSUES	_____/_____/_____ Data
_____ Nome Completo		_____ Assinatura	