

INCLUSÃO DE DEPENDENTE

DECLARO que conheço as normas de funcionamento do **Plano Suplementar de Saúde da Nuclep**, expressas no Regulamento do benefício. Em decorrência, faço a opção pela inclusão de meu dependente declarado abaixo, como beneficiário do PSS NUCLEP.

FAVOR PREENCHER OS DADOS A SEGUIR:

MATRÍCULA:

TITULAR:

TELEFONE:

E-MAIL:

ENDEREÇO:

Nº / COMPLEMENTO / BAIRRO / CIDADE:

DADOS DO DEPENDENTE A SER INCLUÍDO:

NOME:

ANEXAR:

- Cadastro de Pessoa Física (CPF)
- Registro Geral (RG) e/ou Certidão de Nascimento
- Número do Cartão Nacional de Saúde (Cartão do SUS)
- Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável (se cônjuge)

Itaguaí, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do Titular

