

**PAS/SERPRO**  
**GRUPO I**  
**TERMO DE ADESÃO**

Pelo presente Termo, o empregado abaixo identificado, adere ao Plano de Assistência à Saúde dos Empregados do SERPRO - PAS/SERPRO, declarando estar ciente e de acordo com seu Regulamento, cujas condições regem a assistência médico/hospitalar, bem como autoriza o desconto em folha de pagamento referente à sua participação financeira e dos dependentes discriminados.

ADESÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BENEFICIÁRIOS:**

**TITULAR:**

NOME:		
MATR-DV:	LOTAÇÃO	TEL/RAMAL:
Nome da Mãe:		
Nº CNS:		

**DEPENDENTES:**

NOME:		
Nome da Mãe:		
Data Nascimento: __/__/__	Sexo:	
Estado Civil:	Nacionalidade:	
Vínculo parental:	Grau parentesco:	
Município Nascimento:	UF:	
CPF:	Nº CNS:	
RG:	Número:	
Emissão: __/__/__	Emissor	UF:
Cartório:		
Nome Cartório:		
Nº Registro:	Nº Livro:	Nº Folha
Data entrega: __/__/__	UF Cartório:	

NOME:		
Nome da Mãe:		
Data Nascimento: __/__/__	Sexo:	
Estado Civil:	Nacionalidade:	
Vínculo parental:	Grau parentesco:	
Município Nascimento:	UF:	
CPF:	Nº CNS:	
RG:	Número:	
Emissão: __/__/__	Emissor	UF:
Cartório:		
Nome Cartório:		
Nº Registro:	Nº Livro:	Nº Folha
Data entrega: __/__/__	UF Cartório:	

NOME:		
Nome da Mãe:		
Data Nascimento: __/__/__	Sexo:	
Estado Civil:	Nacionalidade:	
Vínculo parental:	Grau parentesco:	
Município Nascimento:	UF:	
CPF:	Nº CNS:	
RG:	Número:	
Emissão: __/__/__	Emissor	UF:
Cartório:		
Nome Cartório:		
Nº Registro:	Nº Livro:	Nº Folha
Data entrega: __/__/__	UF Cartório:	

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Empregado**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Data da Assinatura**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura OLGP**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Data do Recebimento**