

**CONVÊNIO ASSOCIAÇÃO DOS ANTIGOS FUNCIONÁRIOS DO BANCO CENTRAL DO
BRASIL X VIDA UTI – MÓVEL SISTEMA DE EMERGÊNCIA MÓVEL.**

Av. Rio Branco, nº 114/8º andar – Cep.: 20040-001 – Centro (RJ)
PABX (21) 2242-9580 FAX (21) 2242-5167

PROPOSTA DE INCLUSÃO DE FAMILIARES

NOME DO TITULAR: _____

MATRÍCULA: _____

() CENTRUS () RJU

**SOLICITO A INCLUSÃO NO PLANO UTI-VIDA DAS PESSOAS ABAIXO
RELACIONADAS, PARA O QUE AUTORIZO QUE SEJA DESCONTADA EM MEUS
PROVENTOS, PARA CADA PESSOA DESIGNADA, A TAXA MENSAL DE R\$11,00 (ONZE
REAIS), REAJUSTÁVEIS ANUALMENTE PELO IPCA.**

01 NOME COMPLETO _____

GRAU DE PARENTESCO _____ **TEM PLANO DE SAÚDE?** _____

QUAL? _____

ENDEREÇO _____

BAIRRO: _____ **ESTADO** _____ **CEP.:** _____ **TEL:** _____

DT.NASC. _____ **CPF:** _____ **CI:** _____ **ÓRGÃO.EXP** _____

02 NOME COMPLETO _____

GRAU DE PARENTESCO _____ **TEM PLANO DE SAÚDE?** _____

QUAL? _____

ENDEREÇO _____

BAIRRO: _____ **ESTADO** _____ **CEP.:** _____ **TEL:** _____

DT.NASC. _____ **CPF:** _____ **CI:** _____ **ÓRGÃO.EXP** _____

03 NOME COMPLETO _____

GRAU DE PARENTESCO _____ **TEM PLANO DE SAÚDE?** _____

QUAL? _____

ENDEREÇO _____

BAIRRO: _____ **ESTADO** _____ **CEP.:** _____ **TEL:** _____

DT.NASC. _____ **CPF:** _____ **CI:** _____ **ÓRGÃO.EXP** _____

**DECLARO QUE AS PESSOAS POR MIM INDICADAS NÃO PERTENCEM AOS QUADROS
DE FUNCIONÁRIOS ATIVOS E INATIVOS DO BANCO CENTRAL DO BRASIL OU DA
CENTRUS.**

_____, (____), ____ DE _____ DE _____.

(Assinatura do titular)