



VÍNCULO DO PARTICIPANTE COM A FUNDAÇÃO COPEL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

 Ativo Autopatrocinado Assistido

DADOS DO TITULAR

NOME _____		NACIONALIDADE _____	
CPF _____	RG _____	ÓRGÃO EXP. _____	DATA EXPEDIÇÃO _____
ESTADO CIVIL _____		SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	REGISTRO / -
ENDEREÇO _____		COMPLEMENTO _____	BAIRRO _____
CIDADE _____	UF _____	CEP _____	E-MAIL _____
FONE RESIDENCIAL ()	CELULAR ()	CNS _____	

Solicito incluir meu / minha companheiro (a) como dependente **exclusivamente** no PROSAÚDE II plano de saúde administrado pela Fundação Copel, conforme discriminado:

DADOS DO (A) COMPANHEIRO (A)

NOME (COMPLETO E SEM ABREVIACÕES) _____		NACIONALIDADE _____	
CPF _____	RG _____	ÓRGÃO EXP. _____	DATA EXPEDIÇÃO _____
ESTADO CIVIL _____	SEXO <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	NOME DA MÃE _____	DATA NASCIMENTO / /
ENDEREÇO _____		COMPLEMENTO _____	BAIRRO _____
CIDADE _____	UF _____	CEP _____	E-MAIL _____
FONE RESIDENCIAL ()	CELULAR ()	CNS _____	

DECLARAÇÃO DO TITULAR

Declaro estar ciente e de acordo:

- Com o teor do Estatuto da Fundação Copel e do Regulamento do PROSAÚDE II registrado na ANS sob o nº 468.270-12/0, bem como todos os documentos que neste ato estou recebendo a relação da rede credenciada e percentual de participação na mensalidade;
- Que a inclusão do (a) meu / minha companheiro (a) não dá direito a usufruir os benefícios ofertados nos demais planos administrados pela Fundação Copel;
- Que é de minha total e irrestrita responsabilidade arcar com todas as despesas referentes à mensalidade e coparticipação do (a) meu / minha companheiro (a) no PROSAÚDE II.

Responsabilizo-me pela exatidão e veracidade das informações declaradas, ciente de que, se falsas as mesmas, ficarei sujeito (a) às sanções disciplinares previstas em nota técnica disponibilizada na página eletrônica www.fcopel.org.br, tendo como penalidade máxima o cancelamento definitivo do PROSAÚDE II, por FRAUDE conforme regulamento do PROSAÚDE II art. 14 e inciso VII.

LOCAL _____	DATA / /	ASSINATURA _____
-------------	-------------	------------------

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a / o _____ a descontar, mensalmente na folha de pagamento, os valores relativos às mensalidades e coparticipações, na forma prevista no Regulamento do PROSAÚDE II, em favor da Fundação Copel de Previdência e Assistência Social.

LOCAL _____	DATA _____ / /	ASSINATURA _____
-------------	-------------------	------------------

DECLARAÇÃO DO (A) COMPANHEIRO (A)

Declaro estar ciente e de acordo:

1. Com o teor do Estatuto da Fundação Copel e do Regulamento do PROSAÚDE II registrado na ANS sob o n° 468.270-12/0, bem como todos os documentos que neste ato foi entregue ao titular;
2. Que a minha inscrição no PROSAÚDE II não me dá o direito de usufruir os benefícios por outros planos administrados pela Fundação Copel; e
3. Que não cabe posterior alegação de omissão no Pedido de Inscrição por parte da Fundação Copel para os benefícios a que tenho direito.

LOCAL _____	DATA _____ / /	ASSINATURA _____
-------------	-------------------	------------------

COMPROVAÇÃO DE VÍNCULO

Para comparação do vínculo devem ser apresentados os seguintes documentos:

- Escritura Pública de União Estável
- Cópia do RG do (a) companheiro (a);
- Cópia do CPF do (a) companheiro (a);
- Cópia do comprovante de estado civil do titular (certidão de nascimento ou certidão de casamento com averbação, ou certidão débito do cônjuge);
- Cópia do comprovante de estado civil do (a) companheiro (a) - (certidão de nascimento ou certidão de casamento com averbação ou certidão de óbito do cônjuge).

Apresentar as declarações acima mencionadas acrescidas de no mínimo, três dos seguintes documentos:

- I - declaração do imposto de renda do beneficiário titular, em que conste o interessado como seu dependente;
- II - disposições testamentárias;
- III - prova de mesmo domicílio;
- IV - prova de encargos domésticos evidentes e existência de sociedade ou comunhão nos atos da vida civil;
- V - procuração ou fiança reciprocamente outorgada;
- VI - conta bancária conjunta;
- VII - registro em associação de qualquer natureza, onde conste o interessado como dependente do beneficiário titular;
- VIII - anotação constante de ficha ou livro de registro de empregados;
- IX - apólice de seguro da qual conste o beneficiário titular como instituidor do seguro e a pessoa interessada como sua beneficiária;
- X - ficha de tratamento em instituição de assistência médica, da qual conste o beneficiário titular como responsável;
- XI - escritura de compra e venda de imóvel pelo beneficiário titular em nome de dependente;
- XII - quaisquer outros documentos que possam levar à convicção do fato a comprovar.

Observação: Os documentos constantes neste artigo têm por base o que é exigido pelo INSS, nos termos da Instrução Normativa INSS/PRES nº. 77, de 21/01/2015.

PARA USO EXCLUSIVO DA FUNDAÇÃO COPEL

PARECER DA FUNDAÇÃO COPEL _____	DATA IMPLANTAÇÃO _____ / /	RESPONSÁVEL PELA IMPLANTAÇÃO _____
---------------------------------	-------------------------------	------------------------------------

Observação: Além de constar no kit do beneficiário, a íntegra do Regulamento encontra-se disponível no site da Fundação Copel www.fcopel.org.br