



Solicito minha inscrição e / ou dos dependentes nominados abaixo, no PROSAÚDE II administrado pela Fundação Copel de Previdência e Assistência Social.

Designo, abaixo, meus dependentes legais para usufruírem dos benefícios assistenciais previstos no regulamento, bem como suas condições regulamentares.

PATROCINADORA		TITULAR	
REGISTRO	DATA NASCIMENTO	CNS	
/ -	/ /		
CÔNJUGE		CPF DO CÔNJUGE	
CNS DO CÔNJUGE	RG/UF DO CÔNJUGE	DATA NASCIMENTO CÔNJUGE	
		/ /	
NOME DA MÃE DO CÔNJUGE (COMPLETO E SEM ABREVIACÕES)			

Declaro, ainda, que os dependentes abaixo **estão sob a minha dependência econômica**, assumindo o compromisso de comunicar de imediato à Fundação Copel qualquer alteração destas condições.

#### FILHOS / ENTEADOS ATÉ 24 ANOS INCOMPLETOS

NOME (COMPLETO E SEM ABREVIACÕES)		DATA NASCIMENTO	
		/ /	
1	VÍNCULO DE DEPENDÊNCIA	CNS	CPF
	RG/UF	NOME DA MÃE (COMPLETO E SEM ABREVIACÕES)	
NOME (COMPLETO E SEM ABREVIACÕES)		DATA NASCIMENTO	
		/ /	
2	VÍNCULO DE DEPENDÊNCIA	CNS	CPF
	RG/UF	NOME DA MÃE (COMPLETO E SEM ABREVIACÕES)	

#### FILHOS E ENTEADOS COM IDADE ENTRE 24 E 39 ANOS INCOMPLETOS

NOME (COMPLETO E SEM ABREVIACÕES)		DATA NASCIMENTO	
		/ /	
3	VÍNCULO DE DEPENDÊNCIA	CNS	CPF
	RG/UF	NOME DA MÃE (COMPLETO E SEM ABREVIACÕES)	

#### MENOR SOB GUARDA E TUTELADOS ATÉ 18 ANOS INCOMPLETOS

NOME (COMPLETO E SEM ABREVIACÕES)		DATA NASCIMENTO	
		/ /	
4	VÍNCULO DE DEPENDÊNCIA	CNS	CPF
	RG/UF	NOME DA MÃE (COMPLETO E SEM ABREVIACÕES)	

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.

Declaro ter recebido o Estatuto da Fundação Copel, Regulamento do PROSAÚDE II registrado na ANS sob o nº 468.270-12/0, além do Manual de orientação para contratação de plano de saúde, Guia de leitura contratual e Declaração das condições de saúde, relação da rede credenciada e percentual de participação na mensalidade;

Declaro, ainda, que assumo a responsabilidade de todas as declarações feitas por mim e pela veracidade destas, estando ciente das sanções disciplinares previstas no regulamento e de todas as informações sobre o PROSAÚDE II como carências, coberturas, mecanismos de regulação, reajustes, vigências e regras de rescisão e/ou suspensão. Em caso de dúvida entrar em contato com a FC por meios dos canais de atendimento.

LOCAL	DATA	ASSINATURA
	/ /	

#### PARA USO EXCLUSIVO DA FUNDAÇÃO COPEL

PARECER DA FUNDAÇÃO COPEL	DATA IMPLANTAÇÃO	RESPONSÁVEL PELA IMPLANTAÇÃO
	/ /	