

**PROSAÚDE IV
PEDIDO DE INSCRIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS NO PLANO DE SAÚDE**

Solicito minha inscrição e/ ou dos dependentes nominados abaixo, no PROSAÚDE IV 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.

Empresa	Titular		Matrícula
Data de Nascimento	CPF	RG	CNS
E-mail Titular		Telefone Titular	
Nome Cônjuge/Companheiro		Data de Nascimento Cônjuge/Companheiro	
RG Cônjuge/Companheiro	CPF Cônjuge/Companheiro	Nome da Mãe Cônjuge/Companheiro (completo)	
Assinatura do Cônjuge/Companheiro			
Endereço		Complemento	Bairro
E-mail Cônjuge/Companheira		Telefone Cônjuge/Companheira	

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 abreviações)		Data de Nascimento	Vínculo de Dependência
RG	CPF	Nome da Mãe (Completo e sem abreviações)	
Endereço		Complemento	Bairro
E-mail dependente		Telefone	
Assinatura:			

Nome (Completo e sem abreviações)		Data de Nascimento	Vínculo de Dependência
RG	CPF	Nome da Mãe (Completo e sem abreviações)	
Endereço		Complemento	Bairro
E-mail dependente		Telefone	
Assinatura:			

FILHOS / ENTEADOS COM IDADE ENTRE 24 A 39 ANOS INCOMPLETOS			
Nome (Completo e sem abreviações)		Data de Nascimento	Vínculo de Dependência
RG	CPF	Nome da Mãe (Completo e sem abreviações)	
Endereço		Complemento	Bairro
E-mail dependente		Telefone	
Assinatura:			

MENOR SOB GUARDA/TUTELADOS ATÉ 18 ANOS INCOMPLETOS E CURATELADOS			
Nome (Completo e sem abreviações)		Data de Nascimento	Vínculo de Dependência
RG	CPF	Nome da Mãe (Completo e sem abreviações)	
Endereço		Complemento	Bairro
E-mail dependente		Telefone	
Assinatura:			

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

Declaro ter recebido o Estatuto da Fundação Copel, Regulamento do PROSAÚDE IV registrado na ANS sob o nº 500.679/24-1, 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 IV como carências, coberturas, mecanismos de regulação, reajustes, vigências e regras de rescisão e/ou suspensão.

Em caso de dúvida entrar em contato com a Fundação Copel por meios dos canais de atendimento.

Local	Data	Assinatura
-------	------	------------

PARA USO EXCLUSIVO DA FUNDAÇÃO COPEL

Parecer da Fundação Copel	Data Implantação	Assinatura do responsável pela Implantação:
---------------------------	------------------	---