

		<h1 style="color: red;">FICHA DE INSCRIÇÃO PLANO ASSISTENCIAL</h1>		<h2 style="color: red;">INSCRIÇÃO PREVIMINAS</h2>	
NOME DO PARTICIPANTE TITULAR					
PATROCINADORA		MATRÍCULA NA PATROCINADORA		LOCAL DE TRABALHO	
DATA DE NASCIMENTO		SEXO F/M		ESTADO CIVIL	
		<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Desquitado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado			
FILIAÇÃO					
CPF DO PARTICIPANTE TITULAR		Nº DA CARTEIRA DE IDENTIDADE		NACIONALIDADE	
				CNS - (CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE)	
ENDEREÇO / LOGRADOURO				Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO / DISTRITO		MUNICÍPIO		UF	CEP
TELEFONE RESIDENCIAL (DDD)			TELEFONE COMERCIAL (DDD)		
<p style="color: red;">Declaro, para os devidos fins, conhecer o teor do Estatuto da PREVIMINAS – Fundação de Seguridade Social de Minas Gerais, bem como do Regulamento do Plano Assistencial no qual me inscrevo neste ato e cujos dispositivos me obrigo a observar e cumprir. Na qualidade de participante, comprometo-me a pagar as contribuições mensais a que estiver sujeito, inclusive a minha co-participação nas despesas assistenciais, quando for o caso, através de desconto em minha remuneração ou da forma determinada pela Fundação.</p>					
Belo Horizonte, ____/____/____.				_____	
				Assinatura do Participante	

RELAÇÃO DE DEPENDENTES

NOME		ESTADO CIVIL	SEXO	DATA DE NASCIMENTO	
GRAU DE PARENTESCO	NOME DA MÃE			CPF	
NOME		ESTADO CIVIL	SEXO	DATA DE NASCIMENTO	
GRAU DE PARENTESCO	NOME DA MÃE			CPF	
NOME		ESTADO CIVIL	SEXO	DATA DE NASCIMENTO	
GRAU DE PARENTESCO	NOME DA MÃE			CPF	
NOME		ESTADO CIVIL	SEXO	DATA DE NASCIMENTO	
GRAU DE PARENTESCO	NOME DA MÃE			CPF	
OBSERVAÇÃO:					
DATA DE ENTRADA		DATA DE DEFERIMENTO		DEFERIMENTO	