

**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\$10,00 (DEZ 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)