



TERMO DE ADESÃO AO PLANO DE BENEFÍCIOS ANEXO I

Dados Beneficiário(a) Titular

Matrícula:

Nome completo:

Dados Beneficiário(a) Dependente Legal Menor de 18 anos

Nome completo:

Data nascimento:

CPF:

Nº Cartão SUS:

Endereço:

Nº

Complemento:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

Tipo de Dependente:

Dados Beneficiário(a) Dependente Legal Menor de 18 anos

Nome completo:

Data nascimento:

CPF:

Nº Cartão SUS:

Endereço:

Nº

Complemento:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

Tipo de Dependente:

Inclusão de Dependente(s) e Consentimento para uso de dados pessoais

Solicito a **inclusão** do(s) dependente(s) listados acima como beneficiário(s) do Plano de Benefícios da ITAIPU BINACIONAL, declarando serem as informações prestadas expressão da verdade, sob pena de responsabilização pessoal por declarações falsas.

Estou ciente das condições necessárias para utilização destes serviços, bem como da forma com que serão tratados os dados pessoais fornecidos durante sua utilização e autorizo o tratamento dos dados pessoais de meus dependentes menores de 18 anos, dos quais afirmo ser o representante legal. Estou ciente, ainda, de que a revogação deste consentimento de utilização de dados, impede ITAIPU de ofertar a cobertura destes benefícios aos beneficiários.

Local:

Data:

ASSINATURA DO TITULAR

Para uso da ITAIPU

Pedido deferido a partir de: / /