

**ADESÃO AO PLANO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL SERVENTUÁRIOS**

|                  |                  |             |                |
|------------------|------------------|-------------|----------------|
| NOME DO TITULAR: |                  |             |                |
| CPF:             |                  | RG:         | MÁTRÍCULA:     |
| ESTADO CIVIL:    | SEXO:            | NASCIMENTO: | E-MAIL:        |
| ENDEREÇO:        |                  |             | COMPLEMENTO:   |
| BAIRRO:          | CEP:             | CIDADE:     | ESTADO:        |
| TEL.CELULAR:     | TEL.RESIDENCIAL: |             | TEL.COMERCIAL: |

SOLICITO MINHA INCLUSÃO E/OU DE MEUS FAMILIARES ABAIXO RELACIONADOS NO PLANO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL SERVENTUÁRIOS.  
AUTORIZO O DESCONTO EM FOLHA, EMISSÃO DE BOLETOS E/OU DÉBITO EM CONTA REFERENTE AO PAGAMENTO MENSAL TOTAL DO REFERIDO PLANO.  
ESTOU CIENTE QUE A COBERTURA ESTÁ CONDICIONADA A ADIMPLÊNCIA DOS PAGAMENTOS MENSAIS.  
EM CASO DE DÚVIDAS, ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO, DÉBITOS, ENTRE OUTROS, DEVEREI ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE ASSISTÊNCIA FUNERAL DA ASSOCIAÇÃO, PELO TELEFONE (11) 3111-9300.

| PLANOS E VALORES INDIVIDUAIS |              |          |                  |          |                        |
|------------------------------|--------------|----------|------------------|----------|------------------------|
| TIPO                         | FAIXA ETÁRIA | NACIONAL | FUNERAL COMPLETO | CREMAÇÃO | VALOR MESAL POR PESSOA |
| A                            | ATÉ 70 ANOS  | SIM      | SIM              | SIM      | R\$ 12,50              |

| INCLUSÃO DE FAMILIARES |     |            |       |
|------------------------|-----|------------|-------|
| NOME                   | CPF | NASCIMENTO | VALOR |
|                        |     |            |       |
|                        |     |            |       |
|                        |     |            |       |
|                        |     |            |       |
|                        |     |            |       |
|                        |     |            |       |
|                        |     |            |       |
| VALOR MENSAL TOTAL →   |     |            |       |

**OBSERVAÇÕES**

Estou ciente

- Que será enviado para o meu e-mail e/ou endereço residencial o(s) boleto(s) ou será debitado de minha conta corrente o valor mensal total do Plano de Assistência funeral Serventuários de meus familiares e respectivos valores acima descritos;
- Que as Coberturas constantes no Anexo I;
- O não pagamento do boleto e/ou débito automático acarretará em exclusão automática do plano e os familiares serão excluídos automaticamente;
- A carência é de 60 dias após o primeiro pagamento;
- Receberei o(s) cartão(ões) personalizados, bem como as coberturas do Plano no endereço citado;
- Declaro que os familiares acima encontram-se em plenas condições de saúde;
- Não haverá reembolso de despesas pagas por familiares;

De acordo.

Local e data: \_\_\_\_\_ Assinatura do Titular: \_\_\_\_\_