

Cartão Azul

Página 1 de 2

Dados do Titular

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

RG: _____

CPF: ____-____-____-____

Estado civil: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ cidade _____

Telefone: _____

Celular: _____ Operadora: _____ Whatsapp? () Não () Sim

E-mail: _____

Autoriza receber informações do Susga via e-mail, SMS ou whatsapp?

() Não

() Sim

Possuía algum plano de saúde?

() Não

() Sim

Qual? _____ Saiu do plano há quanto tempo? _____

Possui renda mensal individual inferior a Um salário mínimo e meio (R\$1.320,00)?

() Não

() Sim

Declaro que as informações acima são verídicas, e também que li e entendi todas as informações contidas no regulamento do Programa Cartão Azul.

São Gonçalo, ____ de _____ de _____.

Assinatura _____

Dependentes

São considerados dependentes os parentes mais próximos.

1- Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

RG: _____ Cpf. _____

Grau de parentesco: () Filho(a) () Cônjuge () _____

Telefone: _____

2- Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

RG: _____ Cpf. _____

Grau de parentesco: () Filho(a) () Cônjuge () _____

Telefone: _____

3- Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

RG: _____ Cpf. _____

Grau de parentesco: () Filho(a) () Cônjuge () _____

Telefone: _____

4- Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

RG: _____ Cpf. _____

Grau de parentesco: () Filho(a) () Cônjuge () _____

Telefone: _____

5- Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

RG: _____ Cpf. _____

Grau de parentesco: () Filho(a) () Cônjuge () _____

Telefone: _____

São Gonçalo, ____ de ____ de ____.

Assinatura _____