



FUNDAÇÃO SÃO PAULO
mantenedora da PUC-SP

Rua João Ramalho, 182 - Perdizes
São Paulo/SP • CEP 05008-000
Fone: (11) 3670-3333
www.pucsp.br/fundasp

SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTES INTERMÉDICA SISTEMA DE SAÚDE

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Nome do titular: _____

Setor / Depto: _____ Telefone: _____

Adesão ao Plano (igual ao do Titular): _____

Pelo presente, solicito a inclusão do (s) dependente (s) conforme abaixo:

NOME DO DEPENDENTE	DATA DE NASCIMENTO	CPF	RG	PARENTESCO

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A INCLUSÃO

▪ Marido / Esposa:

Cópias da Certidão de Casamento, CPF e RG;

▪ Companheiro (a):

Escritura Pública de União Estável, firmada em cartório ou Certidão de Nascimento de filhos em comum, cópia de CPF e RG.

▪ Filhos:

Menores de 21 anos: cópia do RG ou Certidão de Nascimento

Maiores de 21 anos caso sejam estudantes: Atestado de Matrícula, cópia do RG e CPF.

De acordo,

ASSINATURA DO TITULAR