

Caixa de Assistência à Saúde dos Empregados da Celg-Celgmed**REQUERIMENTO PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTE ESPECIAL**

Nome: _____,

Matrícula: _____, associado(a) à **CELGMED**, vem à presença da Diretoria requerer a inclusão dos seu(s) dependente(s) abaixo indicados, declarando estar em pleno acordo com as suas disposições estatutárias e, ao mesmo tempo, autorizando descontar em seu contra-cheque ou via boleto bancário, mensalmente, a importância equivalente ao custo adicional por dependente inscrito, conforme plano de custeio Atuarial Anual, bem como debitar quaisquer outros valores decorrentes de benefícios que lhes sejam concedidos.

	NOME	PARENTESCO	DT NASC	SEXO
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				

O Requerente, ao assinar este, se obriga a apresentar a documentação que lhe for exigida, assumindo inteira responsabilidade pelo ressarcimento das despesas efetivadas pela **CELGMED** com o(s) dependente(s) acima indicado(s).

_____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO REQUERENTE