

Caixa de Assistência à Saúde dos Empregados da CELG**SOLICITAÇÃO DE MODIFICAÇÃO NO CADASTRO DE ASSOCIADOS E DEPENDENTES**
MOTIVO DA SOLITAÇÃO

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO DE ASSOCIADO
(EXCLUSÃO SAUDE) | <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO DE DEPENDENTE
(CELG SAUDE) |
| <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO DE ASSOCIADO
(CELG ODONTO) | <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO DE DEPENDENTE
(CELG ODONTO) |
| | <input type="checkbox"/> INCLUSÃO DE DEPENDENTE
(CELG SAUDE) |
| | <input type="checkbox"/> INCLUSÃO DE DEPENDENTE
(CELG ODONTO) |

A S S O C I A D O

Nome do Associado: _____
Matrícula _____ Lotação _____
Estado civil: _____ Tel. Res.: _____ Tel.Com.: _____
Endereço.: _____ CEP: _____
Bairro.: _____ Cidade: _____
Código: _____ Agência: _____ Conta corrente: _____

D E P E D E N T E

NOME DO DEPENDENTE	PARENTESCO	DATA DE NASC.

D O C U M E N T O E N T R E G U E

- | | |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento | <input type="checkbox"/> Documento judicial |
| <input type="checkbox"/> Certidão de Casamento | <input type="checkbox"/> Documento Pai/Mãe |
| <input type="checkbox"/> Carteira CELGMED | <input type="checkbox"/> Carteira de identidade |
| <input type="checkbox"/> Outros | |

Visto do Responsável
CELGMED

Assinatura do Empregado

_____, _____ de _____ de 20____

OBS.: _____