



Programa Nacional de Assistência à Saúde dos Servidores da Justiça do Trabalho – **PRÓ-SAÚDE**

## FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

( ) EXCLUSÃO ( ) ALTERAÇÃO ( ) INCLUSÃO

INSCRIÇÃO DE TITULAR - VIGÊNCIA

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

1- DADOS SOBRE O VÍNCULO COM O TRT:

VINCULO COM O TRT <input type="checkbox"/> Juiz <input type="checkbox"/> Cargo em comissão <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Pensionista Civil	CARGO <input type="checkbox"/> Togado <input type="checkbox"/> Cedido <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Analista <input type="checkbox"/> Classista <input type="checkbox"/> Auxiliar	SITUAÇÃO FUNCIONAL <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Inativo
---	---	--

2 – DADOS PESSOAIS:

LOTAÇÃO TRT:	MATRICULA:	TELEFONES:	CPF:		
NOME COMPLETO:			RG		
NOME DA MÃE:					
ENDEREÇO:		CEP: _____ - ____	ORG. EXP.		
DATA DE NASCIMENTO	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Sol. <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Div. <input type="checkbox"/> Cas. <input type="checkbox"/> Sep. <input type="checkbox"/> Outros	SEXO <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	ACOMODAÇÃO <input type="checkbox"/> TIPO A – ENFERMARIA <input type="checkbox"/> TIPO B - APARTAMENTO	PESO: ALTURA:	OPCIONAIS: <input type="checkbox"/> UNIMED 24HS <input type="checkbox"/> UNIODONTO

COM/CO-PARTICIPAÇÃO

SEM/CO-PARTICIPAÇÃO

NOME DOS DEPENDENTES ( Informar nome da mãe do cônjuge e enteados )	DATA DE NASCIMENTO	ALTURA	PESO:	G.P	TIPO DE PLANO	OPCIONAIS
					<input type="checkbox"/> TIPO A <input type="checkbox"/> TIPO B	<input type="checkbox"/> UNIMED 24HS <input type="checkbox"/> UNIODONTO
					<input type="checkbox"/> TIPO A <input type="checkbox"/> TIPO B	<input type="checkbox"/> UNIMED 24HS <input type="checkbox"/> UNIODONTO
					<input type="checkbox"/> TIPO A <input type="checkbox"/> TIPO B	<input type="checkbox"/> UNIMED 24HS <input type="checkbox"/> UNIODONTO
NOME DOS AGREGADOS ( Informar nome da mãe )					<input type="checkbox"/> TIPO A <input type="checkbox"/> TIPO B	<input type="checkbox"/> UNIMED 24HS <input type="checkbox"/> UNIODONTO
					<input type="checkbox"/> TIPO A <input type="checkbox"/> TIPO B	<input type="checkbox"/> UNIMED 24HS <input type="checkbox"/> UNIODONTO

**Grau de parentesco: (1) cônjuge; (2) filhos até 21 anos; (3) filhos até 24 anos se universitário; (4) companheiro (a); (5) enteados (as); (6) filhos inválidos; (7) agregados.**

3 – DECLARAÇÃO:

Declaro ter conhecimento e estar de acordo com a minha inscrição no quadro associativo do Programa de Assistência à Saúde dos Servidores da Justiça do Trabalho – PRÓ-SAÚDE, regulamentado pela Resolução nº001/2002 e depois resoluções administrativas, disponíveis no endereço eletrônico: [www.anajustra.org.br](http://www.anajustra.org.br).

DATA:

ASSINATURA: