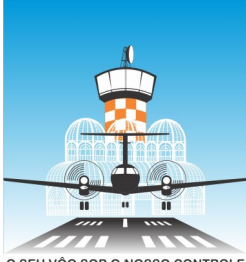


**ABCTA-CTBA**

O SEU VÔO SOB O NOSSO CONTROLE  
www.abctactba.org

# ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS CONTROLADORES DE TRÁFEGO AÉREO DE CURITIBA

Av. República Argentina, 1336, 15º Andar, salas 1502/1503  
Água Verde – Curitiba – Paraná – CEP 80620-010  
CNPJ 07.966.193/0001-89  
Tel.: 41 3324-4131



## FICHA DE INSCRIÇÃO AO PLANO DE SAÚDE

Nome Completo

Endereço Completo

Número

Complemento

Bairro

CEP

Cidade

UF

Telefone Residencial

Telefone Comercial

Telefone Celular

Email

Tipo de Atualização

Inclusão  
  Inclusão de Dependente  
  Exclusão  
  Atualização de Dados  
  Transferência de Plano

Usuário (1)

Nome

Data de Nascimento

Sexo

M  
  F

Parentesco

Estado Civil

Casado(a)  
  Solteiro(a)  
  Divorciado(a)  
  Separado(a)  
  União Estável  
  Viúvo(a)

Nome da Mãe

CPF

Atividade Profissional

Transporte Aeromédico

SIM  
  NÃO

RG

Órgão Expedidor

UF

Data Expedição

Escolaridade

*Ensino Fundamental*

Completo  
  Incompleto

*Ensino Médio*

Completo  
  Incompleto

*Ensino Superior*

Completo  
  Incompleto

Planos

840 NR PJ ADESÃO NAC AMB COPARTICIPAÇÃO 25%

841 NR PJ ADESÃO NAC AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPAÇÃO 25%

842 NR PJ ADESÃO NAC AMB HOSP ENF COPARTICIPAÇÃO 25%

843 NR PJ ADESÃO NAC AMB HOSP APTO OBST COPARTICIPAÇÃO 25%

844 NR PJ ADESÃO NAC AMB HOSP APTO COPARTICIPAÇÃO 25%

Tipo Cadastro

1º dia do próximo mês

24 Horas

Usuário (2)

Nome

Data de Nascimento  Sexo  M  F Parentesco

Estado Civil  
 Casado(a)  Solteiro(a)  Divorciado(a)  Separado(a)  União Estável  Viúvo(a)

Nome da Mãe

CPF  Atividade Profissional  Transporte Aeromédico  SIM  NÃO

RG  Órgão Expedidor  UF  Data Expedição

Escolaridade  
*Ensino Fundamental*  Completo  Incompleto *Ensino Médio*  Completo  Incompleto *Ensino Superior*  Completo  Incompleto

Planos  
 840 NR PJ ADESÃO NAC AMB COPARTICIPAÇÃO 25%  841 NR PJ ADESÃO NAC AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPAÇÃO 25%  
 842 NR PJ ADESÃO NAC AMB HOSP ENF COPARTICIPAÇÃO 25%  843 NR PJ ADESÃO NAC AMB HOSP APTO OBST COPARTICIPAÇÃO 25%  
 844 NR PJ ADESÃO NAC AMB HOSP APTO COPARTICIPAÇÃO 25%

Tipo Cadastro  
 1º dia do próximo mês  24 Horas

Usuário (3)

Nome

Data de Nascimento  Sexo  M  F Parentesco

Estado Civil  
 Casado(a)  Solteiro(a)  Divorciado(a)  Separado(a)  União Estável  Viúvo(a)

Nome da Mãe

CPF  Atividade Profissional  Transporte Aeromédico  SIM  NÃO

RG  Órgão Expedidor  UF  Data Expedição

Escolaridade  
*Ensino Fundamental*  Completo  Incompleto *Ensino Médio*  Completo  Incompleto *Ensino Superior*  Completo  Incompleto

Planos  
 840 NR PJ ADESÃO NAC AMB COPARTICIPAÇÃO 25%  841 NR PJ ADESÃO NAC AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPAÇÃO 25%  
 842 NR PJ ADESÃO NAC AMB HOSP ENF COPARTICIPAÇÃO 25%  843 NR PJ ADESÃO NAC AMB HOSP APTO OBST COPARTICIPAÇÃO 25%  
 844 NR PJ ADESÃO NAC AMB HOSP APTO COPARTICIPAÇÃO 25%

Tipo Cadastro  
 1º dia do próximo mês  24 Horas

Autorizo a **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS CONTROLADORES DE TRÁFEGO AÉREO DE CURITIBA - ABCTA-CTBA** a descontar em minha folha de pagamento o valor referente ao pagamento do plano de saúde **UNIMED** da **CTBA-ABCTA**. Estou ciente que o tempo de permanência, mínima, no plano **UNIMED** da **ABCTA-CTBA**, é de 365 (Trezentos e sessenta e cinco) dias.

Data

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO