

ABCTA-CTBA



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

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS CONTROLADORES DE TRÁFEGO AÉREO DE CURITIBA

Rua Marechal Deodoro, 450 - Conjunto 404 - 4º Andar
Centro - Curitiba - Paraná - CEP 80010-910
CNPJ 07.966.193/0001-89



FICHA DE INSCRIÇÃO AO PLANO DE SAÚDE

Nome

Endereço

Número

Complemento

Bairro

CEP

Cidade

UF

Telefone Residencial

Telefone Comercial

Telefone Celular

E-mail

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 de 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 Nasc.

Sexo

 M F

Parentesco

Estado Civil

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

Nome da Mãe

Continua no verso...

Usuário (2) continuação

CPF	Atividade Profissional	Transporte Aeromédico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
RG	Órgão Expedidor	UF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data de Expedição		
<input type="text"/>		
Escolaridade		
Ensino Fundamental	Ensino Médio	Ensino Superior
<input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto	<input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto	<input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto
Planos		
<input type="checkbox"/> 840 NR PJ ADESÃO NAC AMB COPARTICIPAÇÃO 25%	<input type="checkbox"/> 841 NR PJ ADESÃO NAC AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPAÇÃO 25%	
<input type="checkbox"/> 842 NR PJ ADESÃO NAC AMB HOSP ENF COPARTICIPAÇÃO 25%	<input type="checkbox"/> 843 NR PJ ADESÃO NAC AMB HOSP APTO OBST COPARTICIPAÇÃO 25%	
<input type="checkbox"/> 844 NR PJ ADESÃO NAC AMB HOSP APTO COPARTICIPAÇÃO 25%	Tipo Cadastro	
	<input type="checkbox"/> 1º dia do próximo mês <input type="checkbox"/> 24 horas	

Usuário (3)

Nome		
<input type="text"/>		
Data Nasc.	Sexo	Parentesco
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>
Estado Civil		
<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Viúvo(a)		
Nome da Mãe		
<input type="text"/>		
CPF	Atividade Profissional	Transporte Aeromédico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
RG	Órgão Expedidor	UF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data de Expedição		
<input type="text"/>		
Escolaridade		
Ensino Fundamental	Ensino Médio	Ensino Superior
<input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto	<input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto	<input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto
Planos		
<input type="checkbox"/> 840 NR PJ ADESÃO NAC AMB COPARTICIPAÇÃO 25%	<input type="checkbox"/> 841 NR PJ ADESÃO NAC AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPAÇÃO 25%	
<input type="checkbox"/> 842 NR PJ ADESÃO NAC AMB HOSP ENF COPARTICIPAÇÃO 25%	<input type="checkbox"/> 843 NR PJ ADESÃO NAC AMB HOSP APTO OBST COPARTICIPAÇÃO 25%	
<input type="checkbox"/> 844 NR PJ ADESÃO NAC AMB HOSP APTO COPARTICIPAÇÃO 25%	Tipo Cadastro	
	<input type="checkbox"/> 1º dia do próximo mês <input type="checkbox"/> 24 horas	

Usuário (4)

Nome		
<input type="text"/>		
Data Nasc.	Sexo	Parentesco
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>
Estado Civil		
<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Viúvo(a)		
Nome da Mãe		
<input type="text"/>		
CPF	Atividade Profissional	Transporte Aeromédico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
RG	Órgão Expedidor	UF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data de Expedição		
<input type="text"/>		
Escolaridade		
Ensino Fundamental	Ensino Médio	Ensino Superior
<input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto	<input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto	<input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Incompleto
Planos		
<input type="checkbox"/> 840 NR PJ ADESÃO NAC AMB COPARTICIPAÇÃO 25%	<input type="checkbox"/> 841 NR PJ ADESÃO NAC AMB HOSP ENF OBST COPARTICIPAÇÃO 25%	
<input type="checkbox"/> 842 NR PJ ADESÃO NAC AMB HOSP ENF COPARTICIPAÇÃO 25%	<input type="checkbox"/> 843 NR PJ ADESÃO NAC AMB HOSP APTO OBST COPARTICIPAÇÃO 25%	
<input type="checkbox"/> 844 NR PJ ADESÃO NAC AMB HOSP APTO COPARTICIPAÇÃO 25%	Tipo Cadastro	
	<input type="checkbox"/> 1º dia do próximo mês <input type="checkbox"/> 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