

FICHA DE INSCRIÇÃO

>> DO TITULAR <<					
NOME DEFENSOR PÚBLICO RJ () DEFENSOR PÚBLICO UNIÃO () PROCURADOR DO ESTADO ()					
ID FUNCIONAL	DATA NASCIMENTO	SEXO	ESTADO CIVIL	RG	DATA EXPEDIÇÃO
CPF		NOME DA MÃE			
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		CELULAR		E-MAIL	
CIDADE E ESTADO		CEP	DEFENSOR: () ATIVO () INATIVO () PENSIONISTA DPU: () ATIVO () INATIVO () PENSIONISTA PROCURADOR: () ATIVO () INATIVO () PENSIONISTA		
ENDEREÇO					
<input type="checkbox"/> OPTEI PELO DPMed. Autorizo a CAMARJ a debitar, mensalmente, da minha conta- corrente: <input type="checkbox"/> Itaú <input type="checkbox"/> Bradesco <input type="checkbox"/> Banco do Brasil <input type="checkbox"/> Sicoob			NÚMERO CONTA-CORRENTE		NÚMERO AGÊNCIA
>> DO DEPENDENTE <<					
1. NOME				GRAU DE PARENTESCO	
DATA DE NASCIMENTO	ESTADO CIVIL	SEXO	RG	DATA EXPEDIÇÃO	
CPF		NOME DA MÃE			
ENDEREÇO					
BAIRRO	CEP	CIDADE	ESTADO	TELEFONE	
E-MAIL		CELULAR		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	
>> DO DEPENDENTE <<					
2. NOME				GRAU DE PARENTESCO	
DATA DE NASCIMENTO	ESTADO CIVIL	SEXO	RG	DATA EXPEDIÇÃO	
CPF		NOME DA MÃE			
ENDEREÇO					
BAIRRO	CEP	CIDADE	ESTADO	TELEFONE	
E-MAIL		CELULAR		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	

>> DO DEPENDENTE<<				
3. NOME			GRAU DE PARENTESCO	
DATA DE NASCIMENTO	ESTADO CIVIL	SEXO	RG	DATA EXPEDIÇÃO
CPF	NOME DA MÃE			
ENDEREÇO				
BAIRRO	CEP	CIDADE	ESTADO	TELEFONE
E-MAIL	CELULAR		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	
>> DO DEPENDENTE<<				
4. NOME			GRAU DE PARENTESCO	
DATA DE NASCIMENTO	ESTADO CIVIL	SEXO	RG	DATA EXPEDIÇÃO
CPF	NOME DA MÃE			
ENDEREÇO				
BAIRRO	CEP	CIDADE	ESTADO	TELEFONE
E-MAIL	CELULAR		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	
>> DO DEPENDENTE<<				
5. NOME			GRAU DE PARENTESCO	
DATA DE NASCIMENTO	ESTADO CIVIL	SEXO	RG	DATA EXPEDIÇÃO
CPF	NOME DA MÃE			
ENDEREÇO				
BAIRRO	CEP	CIDADE	ESTADO	TELEFONE
E-MAIL	CELULAR		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	

Declaro, outrossim, estar ciente do Estatuto e Regimento interno da CAMARJ, assim como de todas as suas normas, procedimentos e tabelas de reembolso na utilização eventual da rede de livre escolha do associado.

Rio de Janeiro, ___ de _____ de _____.

ASSINATURA TITULAR