FICHA DE CADASTRO DE FUNCIONÁRIO E DEPENDENTE

Registro da Qualidade - RQ.18

SOLICITANTE: ( ) FUNCIONÁRIO ou ( ) DEPENDENTE **SE DEPENDENTE, É DE: PROPRIETÁRIO/PROCURADOR ( ) ou FUNCIONÁRIO ( )**

Código (campo preenchido pela ACIA) _____ CPF: _____ Dt de Nasc: ___ /___ / ___ Sexo: F( ) M( ) Estado Civil: _____ Contato (tel/cel): _____

Nome:

Empresa Associada: _____ Email: _____ Optante pelo cartão: Sim ( ) Não ( )

DEPENDENTES

Código ACIA_____ CPF: _____ Dt de Nasc: ___ /___ / ____ Sexo: F ( ) M ( ) Estado Civil: _____ Parentesco: _____ Optante pelo cartão: Sim ( ) Não ( )

Nome:

Código ACIA_____ CPF: _____ Dt de Nasc: ___ /___ / ____ Sexo: F ( ) M ( ) Estado Civil: _____ Parentesco: _____ Optante pelo cartão: Sim ( ) Não ( )

Nome:

Código ACIA_____ CPF: _____ Dt de Nasc: ___ /___ / ____ Sexo: F ( ) M ( ) Estado Civil: _____ Parentesco: _____ Optante pelo cartão: Sim ( ) Não ( )

Nome:

Esclarecimentos:

Terão direito aos benefícios do Cartão de Vantagens (os sócios e procuradores, os funcionários e os parentes destes até segundo grau). Consideram-se, para efeito deste cartão de vantagens os parentes: Por consanguinidade em primeiro e segundo grau (Pai, mãe e filhos / Irmãos, avós e netos). Por Afinidade em primeiro grau (Sogro, sogra, genro e nora / Padrasto, madrasta e enteados) e por vinculo conjugal. A disponibilização do Cartão de Vantagens aos funcionários e dependentes é autorizado para quem de direito pela empresa associada a ACIA.

Empresário (Sócio e Procurador): Conforme documentos apresentados no ato da Afiliação. Havendo alteração contratual, enviar a ACIA para atualização. Sócios e procuradores não pagam pelo cartão.

Funcionário: Para utilizar os convênios existem duas opções: 1 - Opção por FAZER o Cartão de Vantagens. É necessário: - Preencher o RQ.18 - Ficha de Cadastro de Funcionário e Dependente; efetuar o pagamento da taxa anual de R$ 26,00 (vinte seis reais) individual; - Benefícios: Convênios (área da saúde e serviços). 2 - Opção por NÃO FAZER o Cartão de Vantagens. É necessário: Preencher o RQ.18 citado; - Benefícios: Convênios (somente área da saúde). Para isso quando for necessário, o interessado deverá se dirigir até a ACIA com documento que comprove ser funcionário de empresa associada e retirar a Guia de autorização. Titular que não possui o Cartão de Vantagens, não pode adquirir o cartão aos seus dependentes.

Dependentes (do empresário e do funcionário): Possui os mesmos benefícios do Titular. O Titular deve relacionar o dependente no momento de preenchimento do RQ.18 citado que deverá vir assinada pelo Titular e pela empresa associada. Para a aquisição do Cartão ao dependente, na sede da ACIA, serão solicitados: apresentação do Cartão de Vantagens do Titular (sócio/funcionário) e documentos que comprovem a dependência. Mais esclarecimentos no Departamento Comercial da ACIA, pelos telefones 62 4014-7000 e 4014-7009 e pelo site www.aciaanapolis.com.br.

OBS: SENDO NECESSÁRIO INSERIR MAIS DEPENDENTES, UTILIZE O VERSO.

Assinatura/Carimbo Responsável -Empresa Associada

Titular

IDENTIFICAÇÃO	ARMAZENAMENTO	PROTEÇÃO	RECUPERAÇÃO	RETENÇÃO	DISPOSIÇÃO
RQ.18 - IT.01, IT.03 e IT.05	SEDE	ARQUIVO GERAL	EMPRESA / ANO	2 ANOS OU ATÉ DESLIGAMENTO	PICOTAMENTO - LIXO

FICHA DE CADASTRO DE FUNCIONÁRIO E DEPENDENTE

Registro da Qualidade - RQ.18

DEPENDENTES

Código ACIA_____ CPF: _____ Dt de Nasc: ___ /___ / ____ Sexo: F ( ) M ( ) Estado Civil: _____ Parentesco: _____ Optante pelo cartão: Sim ( ) Não ( )

Nome:

Código ACIA_____ CPF: _____ Dt de Nasc: ___ /___ / ____ Sexo: F ( ) M ( ) Estado Civil: _____ Parentesco: _____ Optante pelo cartão: Sim ( ) Não ( )

Nome:

Código ACIA_____ CPF: _____ Dt de Nasc: ___ /___ / ____ Sexo: F ( ) M ( ) Estado Civil: _____ Parentesco: _____ Optante pelo cartão: Sim ( ) Não ( )

Nome:

Código ACIA_____ CPF: _____ Dt de Nasc: ___ /___ / ____ Sexo: F ( ) M ( ) Estado Civil: _____ Parentesco: _____ Optante pelo cartão: Sim ( ) Não ( )

Nome:

Código ACIA_____ CPF: _____ Dt de Nasc: ___ /___ / ____ Sexo: F ( ) M ( ) Estado Civil: _____ Parentesco: _____ Optante pelo cartão: Sim ( ) Não ( )

Nome:

Código ACIA_____ CPF: _____ Dt de Nasc: ___ /___ / ____ Sexo: F ( ) M ( ) Estado Civil: _____ Parentesco: _____ Optante pelo cartão: Sim ( ) Não ( )

Nome:

Código ACIA_____ CPF: _____ Dt de Nasc: ___ /___ / ____ Sexo: F ( ) M ( ) Estado Civil: _____ Parentesco: _____ Optante pelo cartão: Sim ( ) Não ( )

Nome:

Código ACIA_____ CPF: _____ Dt de Nasc: ___ /___ / ____ Sexo: F ( ) M ( ) Estado Civil: _____ Parentesco: _____ Optante pelo cartão: Sim ( ) Não ( )

Nome:

IDENTIFICAÇÃO	ARMAZENAMENTO	PROTEÇÃO	RECUPERAÇÃO	RETENÇÃO	DISPOSIÇÃO
RQ.18 - IT.01, IT.03 e IT.05	SEDE	ARQUIVO GERAL	EMPRESA / ANO	2 ANOS OU ATÉ DESLIGAMENTO	PICOTAMENTO - LIXO