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 todas as empresas associadas, sendo seus sócios e procuradores, seus 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 autorizada para quem de direito pela empresa associada à ACIA. A retenção, se necessária, também.

Sócio e procurador: não pagam pelo cartão, havendo alteração contratual, enviar a ACIA para atualização.

Funcionário e Dependente: Pagam taxa anual de R$ 26,00 (vinte seis reais) por cada cartão de vantagens.

Para fazer o Cartão de Vantagens, é necessário preencher o **RQ.18 - Ficha de Cadastro de Funcionário e Dependente,** deve estar assinado pelo titular e pela empresa associada e efetuar o pagamento do cartão.

Titular que não possui o Cartão de Vantagens, não pode adquirir o cartão aos seus dependentes. O titular interessado devem relacionar seus dependentes no RQ 18, citado.

Portadores do Cartão de Vantagens podem utilizar os convênios da área da saúde e serviços e os que não possuem o Cartão de Vantagens somente os convênios da área da saúde, para isso é necessário apresentar carteira de trabalho ou contracheque atualizado, para emissão da Guia de Autorização da área da saúde.

Outros esclarecimentos: 62 4014-7000 e 4014-7009 e 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