ANEXO 1

DADOS CADASTRAIS DOS DEPENDENTES

Copass Saúde

Endereço do dependente diferente do titular:

☐ Sim. Informe endereço completo, telefone e e-mail. ☐ Não. Informe telefone e e-mail.

Dependente I

Nome Dependente:			
Endereço:		Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Cep:	
Telefone:	E-mail:		

Dependente II

Nome Dependente:			
Endereço:		Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Cep:	
Telefone: ( )	E-mail:		

Dependente III

Nome Dependente:			
Endereço:		Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Cep:	
Telefone:	E-mail:		

Dependente IV

Nome Dependente:			
Endereço:		Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Cep:	
Telefone:	E-mail:		

Cidade:_____ Data: ____ _____ _____

Assinatura do titular _____

Associação de Assistência à Saúde dos Empregados da Copasa – COPASS SAÚDE
Rua Carangola, 531 - Santo Antônio - Cep 30330-240 - Belo Horizonte - Minas Gerais
Fone: (31) 3298-5800 E-mail: cadastro@copass-saude.com.br

ANS Nº 41.656-8