

## FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO JUSaúde

( ) EXCLUSÃO ( ) ALTERAÇÃO ( ) INCLUSÃO

**INSCRIÇÃO DE TITULAR - VIGÊNCIA**

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

1- DADOS SOBRE O VÍNCULO COM O TRT:

<b>VINCULO COM O TRT</b> <input type="checkbox"/> Juiz <input type="checkbox"/> Cargo em comissão <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Pensionista Civil	<b>CARGO</b> <input type="checkbox"/> Togado <input type="checkbox"/> Cedido <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Analista <input type="checkbox"/> Classista <input type="checkbox"/> Auxiliar	<b>SITUAÇÃO FUNCIONAL</b> <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Inativo
--	--	---

2 - DADOS PESSOAIS:

LOTAÇÃO TRT:	MATRICULA:	TELEFONES:	CPF:	
NOME COMPLETO:			RG	
NOME DA MÃE:				
ENDEREÇO:		CEP: _____ - _____	ORG. EXP.	
DATA DE NASCIMENTO	<b>ESTADO CIVIL</b> <input type="checkbox"/> Sol. <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Div. <input type="checkbox"/> Cas. <input type="checkbox"/> Sep. <input type="checkbox"/> Outros	<b>SEXO</b> <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	<b>ACOMODAÇÃO</b> <input type="checkbox"/> TIPO A - ENFERMARIA <input type="checkbox"/> TIPO B - APARTAMENTO	
			PESO:  ALTURA:	<b>OPCIONAIS:</b> <input type="checkbox"/> UNIMED 24HS <input type="checkbox"/> UNIODONTO

COM/CO-PARTICIPAÇÃO

SEM/CO-PARTICIPAÇÃO

NOME DOS DEPENDENTES ( Informar nome da mãe do cônjuge e enteados )	DATA DE NASCIMENTO	ALTURA	PESO:	G.P	TIPO DE PLANO	OPCIONAIS
					<input type="checkbox"/> TIPO A <input type="checkbox"/> TIPO B	<input type="checkbox"/> UNIMED 24HS <input type="checkbox"/> UNIODONTO
					<input type="checkbox"/> TIPO A <input type="checkbox"/> TIPO B	<input type="checkbox"/> UNIMED 24HS <input type="checkbox"/> UNIODONTO
					<input type="checkbox"/> TIPO A <input type="checkbox"/> TIPO B	<input type="checkbox"/> UNIMED 24HS <input type="checkbox"/> UNIODONTO
NOME DOS AGREGADOS ( Informar nome da mãe )						
					<input type="checkbox"/> TIPO A <input type="checkbox"/> TIPO B	<input type="checkbox"/> UNIMED 24HS <input type="checkbox"/> UNIODONTO
					<input type="checkbox"/> TIPO A <input type="checkbox"/> TIPO B	<input type="checkbox"/> UNIMED 24HS <input type="checkbox"/> UNIODONTO

**Grau de parentesco: (1) cônjuge; (2) filhos até 21 anos; (3) filhos até 24 anos se universitário; (4) companheiro (a); (5) enteados (as); (6) filhos inválidos; (7) agregados.**

3- DECLARAÇÃO:

Declaro ter conhecimento e estar de acordo com a minha inscrição no quadro associativo do Programa de Assistência à Saúde dos Servidores da Justiça do Trabalho – PRÓ-SAÚDE, regulamentado pela Resolução nº001/2002 e depois resoluções administrativas, disponíveis no endereço eletrônico: [www.anajustra.org.br](http://www.anajustra.org.br).

DATA:

ASSINATURA: