

Nome do usuário independente – Responsável financeiro	Matrícula/DV -
---	-------------------

Relacione abaixo somente o(s) nome(s) do(s) beneficiário(s) que farão parte do seu grupo familiar:

Item	Nome	Data de nascimento	Condição de dependência
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Estamos de acordo com o Regulamento Geral do PLAMES em vigor, e demais normativos regulamentares expedidos pela REAL GRANDEZA, solicito que seja(m) providenciada(s) a(s) movimentação(ões) em referência e autorizo a REAL GRANDEZA a processar as cobranças das contribuições mensais e coparticipação relativa aos atendimentos ambulatoriais e demais despesas referente ao plano, do meu grupo familiar.

ATENÇÃO: Todas as movimentações efetuadas até o dia 5 (cinco) de cada mês serão processadas no mesmo mês. Após essa data, serão processadas no mês seguinte.

Assinatura do usuário independente – Responsável financeiro	Data
---	------