



Dados do Titular

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

RG: _____

CPF: _____

Estado civil: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade _____ Telefone: _____

Celular: _____ Whatsapp? () Não () Sim

E-mail: _____

Autoriza receber informações do CARTÃO VIVA + via e-mail, SMS ou whatsapp?

() Não

() Sim

O contratante tem algum plano de saúde ou cartão de benefício?

() Não

() Sim

Qual? _____ Saiu do plano há quanto tempo?

Possui renda mensal individual inferior a um salário mínimo e meio (R\$1.431,00)?

() Não

() Sim

Declaro que as informações acima são verídicas, e também que li e entendi todas as informações contidas no regulamento do Programa Cartão VIVA+

Rio de Janeiro ,ex.DataExtenso

Assinatura: _____

CADASTRO DE DEPENDENTE

Dependentes

São considerados dependentes pais, filhos, companheiros ou cônjuges que tenham uma relação de dependência com o titular do cartão.

1- Nome: _____

Data de Nascimento: _____ / _____ / _____

RG: _____ Cpf. _____

Grau de parentesco: () Filho(a) () Cônjuge () _____

Telefone: _____

Email: _____

2- Nome: _____

Data de Nascimento: _____ / _____ / _____

RG: _____ Cpf. _____

Grau de parentesco: () Filho(a) () Cônjuge () _____

Telefone: _____

Email: _____

3- Nome: _____

Data de Nascimento: _____ / _____ / _____

RG: _____ Cpf. _____

Grau de parentesco: () Filho(a) () Cônjuge () _____

Telefone: _____

4- Nome: _____

Data de Nascimento: _____ / _____ / _____

RG: _____ Cpf. _____

Grau de parentesco: () Filho(a) () Cônjuge () _____

Telefone: _____

Email: _____

Rio de Janeiro, ex. Data Extenso

Assinatura: _____