

NOME SOCIAL

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO



À CAIXA DE ASSISTÊNCIA OSWALDO CRUZ – FIOSAUDE

Avenida Brasil, 4036 – 3º andar – Manguinhos

21040-361 - Rio de Janeiro - Estado do Rio de Janeiro

Prezados Senhores,

Eu, (nome civil), enquanto pessoa travesti ou transexual, inscrito (a) no CPF sob nº, solicito a inclusão e o uso do meu nome social (prenome que me identifica em minhas relações sociais, mantendo inalterados os sobrenomes), passando a atender por " " (indicação do nome social), nos registros cadastrais dessa Operadora, bem como a emissão do cartão personalizado do plano de saúde contendo meus nomes civil e social.

Declaro que, mesmo tendo solicitado a inclusão do meu nome social nos registros cadastrais, me obrigo a reconhecer como válidas todas as guias de atendimentos preenchidas e assinadas contendo meus nomes civil e/ou social e, via de consequência, responder pelas obrigações financeiras decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde.

Por fim, aceito, sem restrições, que a cobertura assistencial de meu plano de saúde se encontra limitada ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e suas atualizações, inclusive no que se refere ao processo transexualizador (de acordo com o parecer técnico ANS nº 26/2021).

Rio de Janeiro, de de

.....

Assinatura do beneficiário

No caso de menores de 16 a 18 anos

.....

Assinatura do responsável legal

Assistente

CPF nº