



CAIXA DE PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA E SERVIÇOS DE
SAÚDE DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE PASSO FUNDO

Autarquia Municipal Lei nº 1.157 - Rua Morom, 1858 - 5º andar - Ed. Ladeira - Cep.: 99.010.034 CNPJ
87.603.775/0001-30 - Telefone/Fax: (54) 3313-1311 E-mail: capasemu@capasemu.com.br

FICHA CADASTRAL / PESSOA FÍSICA

Nome: _____

CPF: _____ RG: _____

Identidade no Órgão da Categoria: _____

Inscrição no INSS _____ PASEP/PIS/NIT _____

Serviços: _____ Especialidade: _____

Endereço: _____ CEP: _____

E-mail: _____

Telefone: _____

Banco: _____ Ag: _____ Nº Conta: _____ Tipo de
Conta: () Corrente () Poupança e código operação _____.

Dias e turnos de atendimento:

Da semana: segunda-feira terça-feira quarta-feira quinta-feira sexta-feira

M a n h ã _____ - _____ - _____ - _____ - _____

T a r d e _____ - _____ - _____ - _____ - _____

Documentos outros: Alvará de Funcionamento, cópia Identidade/Inscrição Profissional.

Passo Fundo, _____ de _____ de _____

Assinatura
