

PROPOSTA DE ADESÃO

DADOS PESSOAIS DO TITULAR

NOME:									
NOME DO PAI:									
NOME DA MÃE:									
MATRÍCULA:			SEXO		M	F	TIPO SANGUINEO / FATOR RH		
CPF:			RG:				PIS:		
DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____					EX-USUÁRIO DO PLANO		SIM	NÃO	
ESTADO CIVIL:		SOLTEIRO		CASADO		VIÚVO		OUTROS	
BANCO:				AGÊNCIA:			C/C:		
ENDEREÇO:									
BAIRRO:									
CIDADE:				UF:		CEP:			
TELEFONE RESIDENCIAL: (92)					CELULAR: (92)				
E-mail:									

Nº	NOME	DATA DE NASCIMENTO	GRAU DE PARENTESCO	D	A	Nº DE COTAS	COTA (MÊS)	VALOR TOTAL (R\$)
TOTAL								

1. Declaro para os devidos fins e efeitos que as informações relativas a mim e a meus dependentes aqui prestadas são verdadeiras e que tenho conhecimento do que consta no Regulamento do Plano de Saúde.
2. Declaro que estou recebendo cópia do Regulamento do Plano de Saúde.
3. Autorizo a SEFAZ/SEAD a efetuar desconto, nos meus vencimentos, das minhas contribuições pecuniárias referentes ao PLANO AFFEAM-SAÚDE.

Manaus, ____ / ____ / ____ .

Assinatura do Titular

MÉDICO-AUDITOR

GERENTE DO AFFEAM-SAÚDE