

PROPOSTA DE ADESÃO

Nº

O **PROPONENTE TITULAR** abaixo qualificado, ao final assinado, através desta proposta, firma sua **ADESÃO**, bem como dos dependentes aqui indicados, ao plano APAS SAÚDE, registrado na ANS sob o nº 464.354/11-2, declarando estar ciente e de acordo com as condições gerais definidas no Regulamento (Contrato registrado na ANS e Regimento Interno da APAS).

NOME (Titular)				Posto/Grad	RE/MAT CBPM
Sexo: []M []F	Data Nascimento	Naturalidade	UF	Est Civil	
	RG	CPF	CNS		
Filiação					
Endereço			Bairro	CEP	
Cidade			UF	Tel Res	
email			Fone Com	Cel	

Autorizo a APAS a processar o desconto em minha conta bancária dos valores correspondentes às mensalidades do referido plano.

BANCO	CÓD	AGÊNCIA	CONTA
-------	-----	---------	-------

Local	Data	Assinatura do Titular
-------	------	-----------------------

DEPENDENTES

(Dep1) NOME				Parentesco
Sexo: []M []F	Data Nascimento	Naturalidade	UF	Decl Nasc Vivo
	RG	CPF	CNS	
Filiação				

(Dep2) NOME				Parentesco
Sexo: []M []F	Data Nascimento	Naturalidade	UF	Decl Nasc Vivo
	RG	CPF	CNS	
Filiação				

(Dep3) NOME				Parentesco
Sexo: [] M [] F	Data Nascimento	Naturalidade	UF	Decl Nasc Vivo
	RG	CPF		CNS
Filiação				

(Dep4) NOME				Parentesco
Sexo: [] M [] F	Data Nascimento	Naturalidade	UF	Decl Nasc Vivo
	RG	CPF		CNS
Filiação				

Anexos

Local	Data	Assinatura do Titular
-------	------	-----------------------

Local	Data	Assinatura Pres APAS
-------	------	----------------------

PROCESSAMENTO DA INCLUSÃO

Fernandópolis, ____/____/____ Do Gerente Administrativo Ao Enc Cadastro 1. _____ 2. _____ _____ (carimbo e assinatura)	Fernandópolis, ____/____/____ Incluído no Sistema com vigência a contar de ____/____/____ sob nº _____ _____ (Enc Cadastro)
--	---

Fernandópolis, ____/____/____ 1. <u>Ciente.</u> 2. <u>Arquivo.</u> _____ Presidente Apas
--