

## TERMO ADITIVO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTES

Eu,		Associado Titular Inscrito sob o nº
no Plano APAS SAÚDE registrado na ANS sob o nº 464.354/11-2, venho através do presente requerer a <b>INCLUSÃO</b> do(s)		
dependente(s) abaixo, em meu Grupo Familiar, confirmando estar ciente e de acordo com as condições gerais definidas no		
Regulamento do Plano de Saúde e por mim firmado perante esta Associação, inclusive quanto aos valores das mensalidades.		

(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					

Anexos
--------

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

### **PROCESSAMENTO DA INCLUSÃO**

Fernandópolis, ____/____/_____ Do Gerente Administrativo Ao Enc Cadastro  1. _____ 2. _____  <div style="text-align: center;">_____</div> (carimbo e assinatura)	Fernandópolis, ____/____/_____  Incluído no Sistema com vigência a contar de ____/____/_____ sob nº _____  <div style="text-align: center;">_____</div> (Enc Cadastro)
---	---

Fernandópolis, ____/____/_____  1. <u>Ciente.</u> 2. <u>Arquivo.</u>  <div style="text-align: center;">_____</div> Presidente Apas
---