



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 INCLUSÃO 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.					
(Dep 1) Nome			Parentesco		
Sexo: [] M [] F	Data Nascimento	Naturalidade	UF	Decl Nascido Vivo	
RG	CPF	CNS (Cartão Nacional de Saúde)			
Filiação					
(Dep 2) Nome			Parentesco		
Sexo: [] M [] F	Data Nascimento	Naturalidade	UF	Decl Nascido Vivo	
RG	CPF	CNS (Cartão Nacional de Saúde)			
Filiação					
Anexos					
Local		Data	Assinatura do Titular		

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. Ciente.
2. Arquivo.

Presidente Apas