

ADESÃO ONG AFAPM - ASSOCIADO CONTRIBUINTE

ATIVO () INATIVO () PENSIONISTA ()

Nome:		CPF:	
RG:	Órgão Emissor:	Data Expedição:	Registro/Matrícula:
Instituição:	Cargo:	Local de Serviço:	
	Data de Admissão: / /		
Data de Nascimento: / /	Naturalidade:	UF:	Estado Civil:
Endereço residencial:			
Número:	Apto:	Bairro:	Cidade: CEP:
e-mail pessoal:			
Celular (Whatsapp): ()		Fixo: ()	
Filiação - Mãe:			
Pai:			
Número de identificação do cartão do Sistema Único de Saúde – SUS:			
Banco:	Ag.	Conta Corrente:	
Contato para Emergência:			
Nome: _____		Grau de Parentesco: _____	
Telefone: _____		Email: _____	

ASSINALE ABAIXO O PLANO QUE DESEJA FAZER INCLUSÃO

PLANO DE SAÚDE	PLANO ODONTOLÓGICO <i>Todo Brasil</i>	OUTROS PLANOS
() Bluemed Enfermaria <i>Baixada Santista</i>		
() Bluemed Apartamento <i>Baixada Santista</i>	() Plano Bronze	() Plano Jurídico
() Ameplan Básico Enf. <i>Grande SP</i>	() Plano Prata	() Proteção Veicular
() Ameplan Executivo Enf. <i>Grande SP</i>		() _____
() Ameplan Pleno Enf. <i>Grande SP</i>	() Plano Ouro	
() Ameplan Pleno Apto. <i>Grande SP</i>		

<i>Como conheceu a ONG</i>	() Mídias Sociais. Qual? _____
	() Indicação. Quem? _____
	() Google
	() Passou em frente a ONG
	() Outros _____

_____/_____/_____, _____

DATA E ASSINATURA DO ASSOCIADO CONTRIBUINTE

_____/_____/_____, _____

DATA E NOME RESPONSÁVEL ONG - AFAPM