



Requerimento de Filiação

Nome Completo:

RG

CPF

Data de Nascimento

Endereço

Nº Complemento

CEP Cidade

Estado:

E-mail

Telefone Fixo

Telefone Celular

Declaro ter lido o Estatuto Social e normas da Associação e concordo com seus termos, permitindo que seja iniciado procedimento de cobrança de contribuição associativa. Estou ciente do título de filiação e que pagarei junto ao boleto do plano de saúde o valor de R\$ 4,50 (quatro reais e cinquenta centavos) mensais - Exercício 2019.

Data e Local:

Assinatura: