



## 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: