ASSEBRAS
ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS ENFERMEIROS DO BRASIL

Proposta Associativa

NOME COMPLETO: _____ CPF: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

BAIRRO: _____ CEP: _____ CIDADE: _____ TELEFONE: ( ) _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ RG: _____ E-MAIL: _____

COREN: _____

Solicito a minha inclusão e dos meus dependentes no cadastro da ASSEBRAS – Associação Nacional dos Enfermeiros do Brasil inscrita no CNPJ sob n° 04.506.461/0001-91. Declaro estar ciente que a ASSEBRAS é uma entidade dos enfermeiros do Brasil sem fins econômicos e que minha contribuição mensal visa a manutenção da entidade, bem como possibilita a utilização dos benefícios proporcionados pelos convênios celebrados pela ASSEBRAS. Sou responsável pela veracidade das declarações e informações acima prestadas e declaro que sou enfermeiro.

Caso eu venha aderir ao plano de saúde coletivo por adesão através da entidade, solicito que a contribuição associativa seja inserida junto com a cobraça do plano solicitado.

Estou ciente que não tenho direito a voto nem ser votado para qualquer cargo da entidade.
Concordo com a Contribuição Associativa no valor de R$ 5,00 reais (cinco reais) mensal.
Cópia do RG, CPF, comprovante de residência e documento comprobatório: contrato de serviço, comprovante do COREN ou diploma.

_____
Assinatura do Associado

Data: ____/____/____

_____
Diretoria Executiva

elegibilidadebrasil.org/assebras **E-mail: associacao.assebras@elegibilidadebrasil.org** **(21) 96470-1758 (whatsapp)**

1° Via - Entidade | 2° Via - Administradora | 3° - Cliente