



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\$ 6,00 (seis) mensais - Exercício 2019.

Data e Local:

Assinatura: