



FICHA DE CADASTRO DO ASSOCIADO

I - DA ADESÃO DAS PARTES PROPONENTES: DE UM LADO, ASPPAS – ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES PUBLICOS PROL ASSISTÊNCIA SOCIAL, INSCRITA NO CNPJ 35.349.648/0001-52, E ESTABELECIDA NA CRS 502 BLOCO C, LOJA 37, PARTE 497 ASA SUL – DF 70.330-530 - TELEFONE (61) 99971-7990. E DE OUTRO:

TITULAR: _____

NOME DA MÃE: _____

SEXO: M () F () CPF: _____ RG: _____

EST.CIVIL: _____ DATA DE NASC.: ____/____/____

FONE RESIDENCIAL: () _____ CELULAR: () _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

CEP: _____ UF: _____ EMPRESA/ORGÃO: _____

MAT.FUNCIONAL: _____ E-MAIL: _____

A título de taxa associativa, o Titular pagará à ASPPAS um valor mensal de R\$ 5,00 (Cinco Reais), acrescido do valor dos benefícios previamente selecionados Valor total dos produtos: **PLANO DE SAÚDE** Forma de pagamento: Desconto em folha () Boletão () Cartão de Crédito () Dia do vencimento: ____/____/____ Banco _____ Agência _____ Conta corrente _____

Nome _____

Nº Do Cartão: _____ Data de Vencimento: _____

Local/Data: ____/____/____ Declaro para os devidos fins que estou ciente da taxa mensal estipulada no valor de: R\$ _____ referente à minha inscrição, bem como de meus dependentes já qualificados. Declaro estar ciente também de que terei direito aos benefícios ofertados pela ASPPAS somente quando meu contrato com esta instituição estiver ativo e com as mensalidades em dia. Autorizo minha inscrição e de meus dependentes ao quadro associativo da ASPPAS.

Assinatura do Titular