



## APAS PIRACICABA

Sociedade sem fins lucrativos - Fundada em 28/04/94  
Destinada a otimizar a Assistência Médica - Hospitalar aos associados e seus dependentes

### PROPOSTA DE ADMISSÃO COMO SÓCIO CONTRIBUINTE DA APAS PIRACICABA Nº MATRÍCULA \_\_\_\_\_

A Diretoria da APAS Piracicaba.

Desejando ser admitido como sócio contribuinte da APAS de Piracicaba, dela recebendo a assistência a que se destina praticar, declaro estar de acordo com o estabelecido no Estatuto e Regimento Interno da Associação, propondo-me a contribuir mensalmente com o valor de Tabela por Faixa Etária, estabelecida pela Direção da APAS Piracicaba.

Declaro que as informações pessoais abaixo descritas são verdadeiras, assumindo inteira responsabilidade pelas mesmas.

<b>Nome do Titular:</b>		
<b>Data de Nascimento:</b>	<b>Estado Civil:</b>	
<b>RE/Benefício:</b>	( ) Ativo PM ( ) Inativo PM ( ) Pensionista	
<b>RG:</b>	<b>CPF:</b>	<b>Funcional:</b>
<b>Graduação:</b>		
<b>PIS/PASEP:</b>		
<b>Título de Eleitor:</b>	<b>Zona:</b>	<b>Sessão:</b>
<b>Forma de Cobrança:</b> ( ) Holerite	( ) Débito Automático	( ) Boletó
<b>Banco:</b>	<b>Agência:</b>	<b>Conta Corrente:</b>
<b>Endereço:</b>		
<b>Nº:</b>	<b>Complemento:</b>	
<b>Bairro:</b>	<b>Cidade:</b>	<b>CEP:</b>
<b>Telefone Residencial:</b> ( )	<b>Celular:</b> ( )	
<b>E-mail:</b>		
<b>Unidade que serve:</b>	<b>Telefone:</b>	
<b>Indicação:</b>		
<b>Opção de Plano:</b>		

#### Dados dos Dependentes

NOME	Data Nasc.	SEXO	CPF	PARENTESCO

Piracicaba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_