



## 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.

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

#### Dados dos Dependentes

NOME	Data Nasc	SEXO	CPF	PARENTESCO

Piracicaba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_