

Nome									
CPF	RG				Orgão Emissor	Data de Nascimento		Sexo	E. Civil
Nome da Mãe									
Endereço Residencial (Rua, Av., TV., Pç.)						Nº	Complemento		
Bairro			CEP	Cidade		UF	Telefone Fixo		
Telefone Celular		Email							

Declaração

O presente instrumento é uma solicitação de adesão para me tornar associado da Associação Brasileira dos Profissionais da Saúde, a partir daí, usufruir dos benefícios e convênios existentes na Associação, desde que por mim custeados.

Rio de Janeiro, ____ de ____ de 20 ____

Nome do Representante

Assinatura do Representante

Assinatura do Titular

Obs: No caso de aceitação da Adesão na ABPROS, o valor da Taxa Associativa será de R\$ 15,00 que será cobrado 3 x R\$ 5,00 no boleto bancário.

Documentos necessários para se associar:

- Cópias:** Identidade • CPF • Último contracheque
• Comprovante de residência

Parecer da Diretoria

Decisão de Admissão DEFERIDO INDEFERIDO

Obs: a diretoria tem o prazo de 30 (trinta) dias para o deferimento.

Assinatura da Diretoria

Nome									
CPF	RG				Orgão Emissor	Data de Nascimento		Sexo	E. Civil
Nome da Mãe									
Endereço Residencial (Rua, Av., TV., Pç.)						Nº	Complemento		
Bairro			CEP	Cidade		UF	Telefone Fixo		
Telefone Celular		Email							

Declaração

O presente instrumento é uma solicitação de adesão para me tornar associado da Associação Brasileira dos Profissionais da Saúde, a partir daí, usufruir dos benefícios e convênios existentes na Associação, desde que por mim custeados.

Rio de Janeiro, ____ de ____ de 20 ____

Nome do Representante

Assinatura do Representante

Assinatura do Titular

Obs: No caso de aceitação da Adesão na ABPROS, o valor da Taxa Associativa será de R\$ 15,00 que será cobrado 3 x R\$ 5,00 no boleto bancário.

Documentos necessários para se associar:

- Cópias:** Identidade • CPF • Último contracheque
• Comprovante de residência

Parecer da Diretoria

Decisão de Admissão DEFERIDO INDEFERIDO

Obs: a diretoria tem o prazo de 30 (trinta) dias para o deferimento.

Assinatura da Diretoria