

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.

_____, ____ de _____ de 20__

Nome do Representante

Assinatura do Representante

Assinatura do Titular

Obs: No caso de aceitação da Adesão a taxa associativa será de R\$ 5,00 por mês.

Documentos necessários para se associar:

Cópias: Identidade • CPF • Carteira Funcional
• 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