ASSERVECE – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS

FICHA DE SOLICITAÇÃO ASSOCIATIVA

Nome:_____

Filiação: Pai:_____

Mãe:_____

Endereço de Correspondência: _____

_____

CPF:_____**Cart.Ident:**_____

Data Exp.:_____ **Matrícula Funcional nº**_____

Série:_____**Data de Nasc:**_____

Local Nasc:_____**Estado:**_____

Função:_____**Data de Adm:** _____/_____/_____

Local de Trabalho:_____

Pela presente e na qualidade de Servidor Público, solicito minha ASSOCIAÇÃO junto a ASSERVECE, onde declaro ter conhecimento das disposições estatutárias e que os direitos referentes a esta associação se restringe somente em participar do Plano de Saúde firmado pela Entidade.

Declaro ter ciência que devo contribuir mensalmente com valor R$ 3,00 (três reais) a título de Taxa Associativa e que serão cobrados juntamente com a mensalidade do plano ora contratado junto a Administradora e durante toda sua vigência.

Declaro ainda estar ciente que a documentação da minha solicitação de associação será submetida a análise e que a Entidade deverá emitir Termo de Associado para a Administradora visando confirmar minha elegibilidade nos moldes estabelecidos pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Brasília – DF, _____ de _____ de 20_____.

_____

Assinatura do Associado

ANEXAR DOCUMENTOS DO TITULAR ASSOCIADO: CPF, RG, HOLERITE E COMPROVANTE DE ENDEREÇO

Quadra 05, Conj. F, Lote 15, Sala 104, Setor Sul, Gama, Brasília-DF, CEP. 72.410-300