

FICHA DE CADASTRAMENTO ASSOCIATIVO

Associado contribuinte Associado efetivo Estadual Municipal Federal Empresa de economia mista-
autarquia

DADOS DO SÓCIO

NOME COMPLETO

CPF DATA DE NASCIMENTO IDADE SEXO ESTADO CIVIL1- SOLTEIRO 3. VIUVO

2. CASADOS 4. OUTROS

ENDEREÇO COMPLEMENTO

BAIRRO CIDADE UF CEP

DDD TELEFONE RESIDENCIAL DDD TELEFONE CELULAR E-MAIL

NOME DA MÃE COMPLETO

NOME DO PAI COMPLETO

DADOS BANCÁRIOS

BANCO AGÊNCIA CONTA CORRENTE

DADOS PROFISSIONAIS

NA ATIVA APOSENTADO LOTAÇÃO NO CARGO ATUAL MATRICULA NO ÓRGÃO DE LOTAÇÃO

ENDEREÇO DDD TELEFONE COMERCIAL

DADOS DOS DEPENDENTES

NOME COMPLETO

ESTADO CIVIL1- SOLTEIRO 3. VIUVO SEXO PARENTESCO DATA DE NASCIMENTO

2. CASADOS 4. OUTROS

NOME COMPLETO

ESTADO CIVIL1- SOLTEIRO 3. VIUVO SEXO PARENTESCO DATA DE NASCIMENTO

2. CASADOS 4. OUTROS

NOME COMPLETO

ESTADO CIVIL1- SOLTEIRO 3. VIUVO SEXO PARENTESCO DATA DE NASCIMENTO

2. CASADOS 4. OUTROS

Por meio deste documento estou ciente da inclusão do meu nome como associado da **AASPB** – Associação Assistencial dos Servidores Públicos do Brasil.

BRASÍLIA-DF _____ de _____ de 201 _____

Assinatura do associado

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO EM CONTA CORRENTE

EU, _____, AUTORIZO O BANCO DO BRASIL, A PROCEDER DÉBITO MENSAL EM MINHA CONTA CORRENTE EM FAVOR DA **SERVBEM /AASPB- ASSOCIAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO BRASIL**, INSCRITA NO CNPJ SOB O Nº **07.323.602/0001-29**, BANCO **001**, AGÊNCIA **2895-9**, CONTA CORRENTE **200.536-0**, CONVÊNIO DE DÉBITO AUTOMÁTICO Nº **40.009**, O VALOR CORRESPONDENTE A MENSALIDADE DO PLANO DE SAÚDE DE, ENQUANTO DURAR O CONTRATO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, CONFORME ABAIXO:

Obs.: O código identificador pode ser o nome do correntista sem acentos e cedilha e em letra maiúscula.

Valor Mensal R\$ (_____) (_____)

DATA DO DÉBITO:

(X) 2º DIA ÚTIL DO MÊS

BANCO: 001 - BB

AGÊNCIA: _____

CONTA CORRENTE: _____

ASSINATURA

OBS: PREENCHER SOMENTE TITULARES COM CONTA CORRENTE NO BANCO DO BRASIL, ORIGINAL DEVERÁ SER ENTREGUE AO GERENTE DA AGENCIA DO TITULAR RESPONSÁVEL PELA CONTA ONDE OCORRERÁ O DESCONTO.

COMO PREENCHER A PROPOSTA DE ADESÃO

- 1- PREENCHER COM LETRA LEGÍVEL;
- 2- ESCOLHER A ACOMODAÇÃO DESEJADA DE ACORDO COM OS VALORES DA TABELA, MARCAR COM UM “X” NA OPÇÃO DESEJADA: APARTAMENTO OU ENFERMARIA;
- 3- NO QUADRO DADOS DO PROPONENTE: PREENCHER TODOS OS CAMPOS CONFORME SOLICITADO;
- 4- NO QUADRO ENDEREÇO: PREENCHER O ENDEREÇO COMPLETO DO TITULAR, PARA CONTATOS FUTUROS;
- 5- NO QUADRO DEPENDENTES: NOME COMPLETO DO DEPENDENTES (ESPOSO(A) OU COMPANHEIRO(A) E FILHOS E ENTEADOS), SENDO QUE FILHOS ATÉ 24 ANOS. O CONTRATO NÃO ADMITE AGREGADOS;
- 6- NO QUADRO PLANO DE SAÚDE: DEIXAR EM BRANCO – USO DA OPERADORA;
- 7- NO QUADRO DEMONSTRATIVO DE CONTRIBUIÇÃO MENSAL: PREENCHER OS CAMPOS COM O VALOR DE CADA BENEFICIÁRIO TITULAR E DEPENDENTES QUE CONSTAM NA PROPOSTA. EFETUA-SE A SOMA E PREENCHE O CAMPO CONTRIBUIÇÃO TOTAL;
- 8- PREENCHER OS CAMPOS DESTINADOS AOS DADOS BANCÁRIOS PARA DÉBITO EM CONTA NO BANCO DO BRASIL OU CAIXA ECONÔMICA FEDERAL;
- 9- VIGENCIA: DEIXAR EM BRANCO USO DA OPERADORA;
- 10- ASSINAR A PROPOSTA – DADO **OBRIGATÓRIO** PARA IMPLANTAR O PLANO;
- 11- NO CAMPO DATA: PREENCHER O DIA EM QUE O PROPONENTE BENEFICIÁRIO ESTÁ PREENCHENDO A PROPOSTA;
- 12- DECLARAÇÃO DE SAÚDE NO VERSO DA PROPOSTA: PREENCHER COM **S** (SIM) E **N** (NÃO) CADA CAMPO DE TODOS O BENEFICIÁRIOS QUE ESTÃO NA PROPOSTA. USAR A LINHA PARA RESPONDER A SEGUNDA INTERROGAÇÃO, QUANDO FOR O CASO.
- 13- **ANEXAR OBRIGATORIAMENTE CÓPIAS DOS SEGUINTE DOCUMENTOS:**
 - RG, CPF E CONTRA CHEQUE VINCULADO AO ORGAO FEDERAL OBRIGATORIAMENTE DO TITULAR,
 - CERTIDAO DE NASCIMENTO DOS FILHOS MENORES DE 18 ANOS E RG E CPF PARA OS MAIORES DE 18 ANOS,
 - CERTIDAO DE CASAMENTO (SE HOVER CÔNJUGE);
 - COMPROVANTE DE RESIDENCIA,
- 14- PREENCHER, ASSINAR E ANEXAR OS ORIGINAIS DOS SEGUINTE ANEXOS,
 - AUTORIZAÇÃO DE DEBITO EM CONTA CORRENTE DO BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONOMICA FEDERAL,
 - FICHA DE ADESÃO ASSOCIATIVA NÃO HÁ COBRANÇA DE MENSALIDADE PARA ASSOCIADO CONTRIBUINTE.