



# PROPOSTA DE INSCRIÇÃO

## ASSOCIADO SEGURADO

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ DATA EMISSÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ORG EXP: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

TEL. RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

E-MAIL PESSOAL: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ Nº REGISTRO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO COMERCIAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

TEL. COMERCIAL: \_\_\_\_\_ RAMAL: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO ( ) CASADO ( ) DIVORCIADO ( ) VIÚVO ( ) OUTRO ( )

**VALOR DA MENSALIDADE: R\$ 3,00 (TRÊS REAIS)**

### DECLARAÇÃO

Declaro para todos os fins de direito que todas as informações acima são verdadeiras.

Declaro que caso a minha Proposta de Inscrição seja aprovada respeitarei e obedecerei o Estatuto da ANMEP, o qual li na íntegra no site da Entidade: [www.anmep.org.br](http://www.anmep.org.br)

Solicito minha associação à ANMEP na categoria de **Associado Segurado** e informo que estou ciente da mensalidade associativa no valor de R\$ 3,00 (três reais), que será cobrado junto com o boleto do plano de saúde.

Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Proponente : \_\_\_\_\_

Produto contratado: \_\_\_\_\_ Operadora/Seguradora: \_\_\_\_\_

Plano: \_\_\_\_\_ Categoria: \_\_\_\_\_ Valor: \_\_\_\_\_

**Esta Proposta de Inscrição só será validada após aprovação da Diretoria da ANMEP.**

Aprovação da Diretoria: \_\_\_\_\_

Nº DA MATRÍCULA APÓS APROVAÇÃO: \_\_\_\_\_