



**Associação Nacional dos
Funcionários e Profissionais
do Comércio**

FICHA DE FILIAÇÃO

(Associado Beneficiário)

CNPJ: 08.698.605/0001-00

Nº de inscrição:

ADESÃO PLANO DE SAÚDE

ADESÃO PLANO ODONTOLÓGICO

Nome Completo:		Data de Nascimento:	
Nº RG e Orgão Emissor:	CPF:	Estado Civil:	
Nome da Mãe:			
Nome do Pai:			
Endereço (rua, avenida, praça...nº):			
Bairro:	Cidade - UF	CEP:	
Nome da Empresa:		Profissão:	
(DDD) Telefone Residencial:	(DDD) Telefone Comercial:	(DDD) Telefone Celular:	
E-mail:			

OBS.: Anexar cópia simples do RG, CPF, Último Holerite e Comprovante de Residência.

Solicito a minha filiação declarando estar ciente de que ela é uma instituição sem fins lucrativos e que sou responsável, civil e criminalmente, pelas informações acima declaradas. Também estou ciente de que, aos boletos emitidos mensalmente para pagamento, será adicionada uma taxa administrativa que é referente à contribuição associativa à entidade de classe no valor de **R\$5,00 (cinco Reais)** quando tratar-se de uma adesão a um plano de saúde ou **R\$3,00 (três Reais)** quando tratar-se de uma adesão **somente** a um plano odontológico. A contribuição associativa poderá sofrer reajuste anual definidos pela diretoria da entidade. A minha opção de adesão está acima destacada. Declaro também estar ciente de que os meus direitos como associado à ANAF serão **exclusivamente** limitados à utilização dos benefícios oferecidos pela entidade não me restando o direito a requerer convocação, votar ou ser votado nas Assembleias Gerais ou em quaisquer outros órgãos deliberativos da entidade. O não pagamento da contribuição associativa implicará na suspensão da minha filiação ao quadro associativo e perda do meu vínculo com a entidade gerando a imediata interrupção à utilização dos benefícios. Afirmando ter ciência de que a minha inscrição, e de meus dependentes, poderá ser cancelada a qualquer tempo, por expressa declaração da minha vontade. O meu desligamento do Plano de Saúde, independente do motivo gerador, não implicará no meu desligamento do quadro associativo da entidade.

São Paulo, _____ de _____ de 20_____

Associado - Assinatura

ANAF