



Associação dos Fiscais de Rendas do Estado do Rio de Janeiro

ANTIGO CENTRO DOS AGENTES FISCAIS DO ESTADO DA GUANABARA
CONSIDERADO DE UTILIDADE PÚBLICA PELA LEI 2368, DE 18/06/1974

ANS nº 38718-5

AMAFRERJ

SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICO - HOSPITALAR

PROPOSTA DE FILIAÇÃO / INCLUSÃO

Tipo de Proposta: <input type="checkbox"/> Filiação <input type="checkbox"/> Inclusão		Categoria: <input type="checkbox"/> Filiado <input type="checkbox"/> Sócio Previdenciário		Nº DA PROPOSTA						
Proponente Titular:			CPF Titular:							
Responsável (quando Titular for menor:)			CPF Responsável:							
Data Nascimento:	Idade:	Estado Civil:	Sexo: [] M [] F	Doc. Identidade:	Banco:	Nº Banco:	Nº Conta Corrente:			
Endereço (Rua, Av. Praça. etc...):				Número:	Complemento (Apto., Sala, Bloco, etc...):					
Bairro:		Município:		CEP:		UF:				
Tel. Resid. (DDD)		Tel. Com. (DDD)		Ocupação Principal:		Matrícula AFRERJ:				
E-mail:		Cotas Titular:		Cota Estimada (R\$):		Valor da Taxa de Insc. (R\$):				
Nome da Mãe:										
DEPENDENTES				SEXO	DATA NASC.	IDADE	PARENTESCO	COTAS	VALOR DA COTA ESTIMADA (R\$)	VALOR DA TAXA DE INSC. (R\$)
01 -										
02 -										
03 -										
04 -										
05 -										
06 -										
07 -										
08 -										
Cód. Grau Parentesco: 1 - Cônjuge 2 - Filhos 3 - Companheiro(a) 4 - Pai 5 - Mãe 6 - Outros										
Cotas Titular:		Total de Cotas:	Valor da Cota Estimada (R\$):		Valor da Taxa de Inscrição (R\$):		Matrícula no AMAFRERJ:			
Cotas Dep.:										
FORMA DE COBRANÇA: <input type="checkbox"/> Débito em Conta Corrente: <input type="checkbox"/> Ficha de Compensação Bancária <input type="checkbox"/> Pagto. Mediante Recibo										
Em caso de possuir outro Plano de Saúde, anexar cópia do contrato e comprovante dos 3 últimos pagamentos.										
Nome do Plano:		Nº Contrato:		Data Ingresso no Plano:		Plano Similar ao AMAFRERJ? [] SIM [] NÃO				

Declaro que, ao preencher a Proposta de Filiação do Serviço de Assistência Médico-Hospitalar, recebi o livro de credenciamento do Serviço Médico-Hospitalar, o Regulamento e o Guia de Utilização que foram integralmente lidos, entendidos e aceitos por mim, sem qualquer restrição aos seus conteúdos, entendido também, que a carência será coberta apenas nos procedimentos comuns ao nosso Serviço e à do Plano anterior.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO TITULAR OU RESPONSÁVEL

As partes elegem o foro do Município do Rio de Janeiro para dirimir qualquer dúvida ou pendência judicial, renunciando a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.