**FICHA DE ADESÃO**

Venho requerer a minha adesão ao quadro associativo do PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 19ª REGIÃO, bem como de meus dependentes abaixo informados.

TITULAR:   
CPF:   
DATA DE NASCIMENTO:  
Inscrição no Plano de Saúde Médico ( ) e Odontológico ( ).

DEPENDENTE 1:   
CPF:   
DATA DE NASCIMENTO:   
Inscrição no Plano de Saúde Médico ( ) e Odontológico ( ).

DEPENDENTE 2:   
CPF:   
DATA DE NASCIMENTO:   
Inscrição no Plano de Saúde Médico ( ) e Odontológico ( ).

Autorizo que seja consignado em folha de pagamento o valor da mensalidade do plano de saúde médico/odontológico e a taxa associativa mensal fixada em assembléia geral, devida por mim e meus dependentes e agregados.

A inadimplência por mais de dois meses acarretará a exclusão do requerente do quadro associativo, bem como de todos os benefícios proporcionado pela associação.

Maceió, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura