

PROPOSTA DE ADESÃO

Medic ação



O custo que cabe no seu bolso!

Nome do associado

Endereço do associado

Número:

Complemento/Bairro

CEP:

Cidade:

UF:

Telefone 1:

Telefone 2:

E-mail:

CPF:

RG:

Data de Nascimento:

Estado Civil:

Sexo:

☐ Feminino

☐ Masculino

Situação:

Aposentado () Pensionista () Em plena atividade profissional ()

Peso:

Altura:

Faz uso contínuo de medicamentos?

Se sim especifique-os e motivo:



1º)

2º)

3º)

Outros:

Forma de pagamento:

CARTÃO DE CRÉDITO () DÉBITO EM CONTA CORRENTE () BOLETO BANCÁRIO ()
DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO ()

Melhor data para desconto e BOM PARA PAGAMENTO TODO DIA ____ DO MÊS.

Banco ____ Agência ____ Conta ____

DECLARAÇÃO:

EU _____ CPF Nº _____, MANIFESTO
CONCORDÂNCIA E AUTORIZO O DESCONTO NA FORMA DE PAGAMENTO ACIMA INDICADA A
TÍTULO DE CONTRIBUIÇÃO ASSOCIATIVA E POR MINHA ADESÃO A REDE DE DESCONTOS
EM MEDICAMENTOS EM FAVOR DA MEDICA-AÇÃO.

Local

Data

Assinatura do Associado