



## FICHA DE INSCRIÇÃO

### DADOS DO/A ASSOCIADO/A

Matr. AMA*	Nome	Data do Cadastramento*	Nascimento	Idade
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viúvo/a <input type="checkbox"/> Outros	CPF	Identidade	Órgão Emissor
Nome de Mãe			Número do Cartão do SUS	
Sínodo		Profissão		

### ENDEREÇO

CEP	Logradouro	Número	Complem.
Bairro	Cidade	UF	Telefone ( ) -
Celular ( ) -	E-mail		

### DADOS DO/A CÔNJUGE

Nome	Nascimento	Idade	Data do Casamento
CPF	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Profissão	
Nome da Mãe			Número do Cartão do SUS

### DADOS DO/A DEPENDENTE

Nome	Nascimento	Idade	
CPF	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco	
Nome da Mãe			Número do Cartão do SUS

Nome	Nascimento	Idade	
CPF	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco	
Nome da Mãe			Número do Cartão do SUS

Nome	Nascimento	Idade	
CPF	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco	
Nome da Mãe			Número do Cartão do SUS

### PLANO

Plano	<input type="checkbox"/> Com Extras <input type="checkbox"/> Sem Extras	Acomodação	<input type="checkbox"/> Privativa <input type="checkbox"/> Coletiva	Data da Associação
Banco			Agência	Conta Corrente
Titular da Conta				CPF

**ATENÇÃO : Matr. AMA\* e Data do Cadastramento\* SERÃO PREENCHIDOS PELA AMA**



## DECLARAÇÃO DO/A ASSOCIADO/A

### **Declaro que:**

1. Declaro expressamente que recebi a minha via da FICHA DE INSCRIÇÃO e o REGULAMENTO da AMA – Associação de Mútuo Auxílio, os quais foram integralmente lidos e aceitos plenamente em suas cláusulas, preços e condições, o que confirmo com a minha assinatura no verso da FICHA DE INSCRIÇÃO.
2. Em conformidade com a LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados, Lei 13.709/18, declaro de forma explícita que autorizo o tratamento dos meus dados preenchidos na Ficha de Inscrição os quais são imprescindíveis para a prestação de serviço do convênio ora contratado.
3. Estou ciente de que o início da vigência do benefício que aderi se dará após a aceitação dessa FICHA DE INSCRIÇÃO pela AMA. A AMA providenciará todos os processos administrativos necessários para sua concretização de acordo com o REGULAMENTO da AMA.
4. Estou ciente que terei que cumprir o lapso temporal para fazer jus ao benefício que aderi, conforme consta no REGULAMENTO da AMA.
5. Tenho ciência da existência da coparticipação financeira per capita e permanente nas consultas médicas, internações, exames, terapias, cirurgias e tratamentos ambulatoriais conforme consta no REGULAMENTO da AMA.
6. Estou ciente das condições e formas para participar do benefício que estou aderindo, e concordo com minha imediata exclusão em caso de descumprimento das cláusulas e condições constantes no REGULAMENTO e no ESTATUTO da AMA – Associação de Mútuo Auxílio.

Para a sua proteção, somente assine o formulário se este estiver corretamente preenchido.

\_\_\_\_\_

Local

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Assinatura do/a Associado/a