**FICHA DE FILIAÇÃO NASPAR**

**DADOS PESSOAIS**

NOME:_____

PAI:_____

MÃE:_____

DATA DE NASCIMENTO:_____ESTADO:_____CIDADE:_____

CIVIL_____

RG_____CPF_____

ENDEREÇO_____

CIDADE_____BAIRRO_____CEP_____

EMAIL_____TELEFONES_____

GRAU DE INSTRUÇÃO_____

**DADOS PROFISSIONAIS**

LOCAL DE TRABALHO_____

ENDEREÇO:_____

TELEFONE:_____EMAIL_____

CARGO_____DATA DE ADMISSÃO_____MATRÍCULA_____

DADOS BANCÁRIOS

BANCO:_____AGÊNCIA_____CONTA:_____

**DEPENDENTES**

1)_____DATA DE NASCIMENTO:_____CPF:_____

2)_____DATA DE NASCIMENTO:_____CPF:_____

3)_____DATA DE NASCIMENTO:_____CPF:_____

4)_____DATA DE NASCIMENTO:_____CPF:_____

5)_____DATA DE NASCIMENTO:_____CPF:_____

Eu,_____ solicito minha associação ao Naspar e declaro estar ciente de que:

O atraso no pagamento do plano de saúde por tempo igual ou superior a 30 dias implica em seu cancelamento;

O Naspar retém um percentual máximo de 7% do valor pago no plano de saúde a título de despesas administrativas;

Os pagamentos tanto da mensalidade Naspar quanto do plano de saúde devem ser pagos até o quinto dia útil de cada mês

Todas as comunicações entre associados e Naspar deverão ser documentadas por whatsapp ou e-mail;

Tanto o estatuto da associação, quanto os contratos com os planos médicos estão à disposição para consulta na sede do Naspar.

O associado deve comunicar imediatamente ao Naspar caso venha a se desligar do serviço público;

O associado deve comunicar ao Naspar caso altere o seu endereço, e-mail ou telefone.

O pagamento plano de saúde e mensalidade é feito através de débito automático, pix ou diretamente na sede do Naspar.

_____

Atibaia, ___de_____de_____

**AUTORIZAÇÃO PARA COBRANÇA ATRAVÉS DE DÉBITO AUTOMÁTICO**

DEBITADO TODO QUINTO DIA ÚTIL DE CADA MÊS

NOME:_____

RG_____CPF_____

DADOS BANCÁRIOS

BANCO:_____AGÊNCIA_____CONTA:_____

DEBITADO TODO QUINTO DIA ÚTIL DE CADA MÊS

_____

Atibaia, ___de_____de_____