



ANS- 41582-1



EM COMEMORAÇÃO AO JUBILEU DE OURO DA ASSOCIAÇÃO SABESP E AO JUBILEU DE PRATA DA ROPE ODONTOLOGIA COM A ASSOCIAÇÃO ESTAMOS OFERECENDO NOSSOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS A TODOS OS ASSOCIADOS. AMPLA REDE CREDENCIADA EM TODO ESTADO DE SÃO PAULO. PARA SE ASSOCIAR BASTA PREENCHER O FORMULÁRIO ABAIXO E ENTREGAR NO DEPARTAMENTO SOCIAL DA ASSOCIAÇÃO SABESP. SEM CARÊNCIA SEM LIMITE DE IDADE .

**AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO EM CONTA CORRENTE**

Nome Titular \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Fone Res \_\_\_\_\_ Fone Coml \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Nome da Mãe \_\_\_\_\_

Dados dos Associados Dependentes:

1) Nome \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo \_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

RG nº \_\_\_\_\_ Órgão Emissor \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

Nome da Mãe \_\_\_\_\_

2) Nome \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo \_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

RG nº \_\_\_\_\_ Órgão Emissor \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

Nome da Mãe \_\_\_\_\_

3) Nome \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo \_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

RG nº \_\_\_\_\_ Órgão Emissor \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

Nome da Mãe \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo a

( ) debitar mensalmente em minha c/corrente \_\_\_\_\_, na Ag \_\_\_\_\_ Banco \_\_\_\_\_

a quantia de R\$ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ).

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Assinatura do Titular

CONTATO- DR AGUINALDO (11) 99183-6494

PREÇO POR PESSOA- R\$ 37,00