

SINDSIME

SINDICATO DOS EMPREENDORES INDIVIDUAIS DO

ESTADO DA BAHIA

Proposta de Adesão de Empreendedor

Proponente:		Proposta:		
Data de nascimento:	CPF:	RG:	Órgão Emissor:	
Endereço:		Bairro:		
Município:	UF:	CEP:	Estado Civil:	Sexo: M() F ()
Telefone Residencial:		Celular:	Ocupação/ Atividade princip.	
E-MAIL:				

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, Inscrito(a) No CPF/MF sob o nº _____, tenho ciência e reconheço que a eventual aprovação da minha solicitação de Adesão, estipulada pela ELO- ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA, CNPJ 13.122.792/0001-19 Junto a AMISAÚDE em parceria com SINDSIME/BA, tendo exclusividade para seus filiados dependente, que minha permanência na referida apólice coletiva está vinculada a minha condição de filiado(a). Desde já autorizo a SINDSIME a proceder a minha filiação, estando ciente do valor da taxa de adesão de R\$24,00 (Vinte e quatro reais), para que eu tenha elegibilidade na apólice do seguro saúde por Adesão AMI SAÚDE. Desde quando estiver em dias com o plano de saúde, sendo renovada de mais um ano de filiação para justificar a ANS e a ELO- ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA.

Nome do Corretor: _____

CPF: _____

Local _____ de _____ de _____.

Assinatura do Empreendedor

Esta ficha só tem validade para filiação de plano de saúde e odontológico, não para concorrer a cargo de diretoria no Sindsime.
Rua conselheiro 22/24 – Ed. Bradesco, Sala 702- Comércio- Salvador/BA – CEP: 40.015.070
Tel: (71) 3242-0237/ 98873-1875(oi) / 99928—5192 (vivo) 71 98175-6427 (claro whatsapp)

Site: www.sindsime.org.br/e-mail:sindsime@gmail