



# SINDACS BAHIA

SINDICATO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE  
E AGENTES DE COMBATE AS ENDEMIAS DA BAHIA

## PROPOSTA DE ADESÃO DO FILIADO

Proponente:		Proposta:	
Data de nascimento:	CPF:	RG:	Órgão Emissor:
Endereço:		Bairro:	
Município:	UF:	CEP:	Estado Sexo: M( ) F( ) Civil:
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 VALLOR ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA. - ME - CNPJ 12.091.127/0001-42, junto a **SAÚDE CASSEB** em parceria com SINDACS, 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 SINDACS a proceder a minha filiação, estando ciente do valor da taxa de adesão de **R\$5,00** (Cinco reais) mensais cobrado diretamente no boleto do plano, para que eu tenha elegibilidade na apólice do seguro saúde por Adesão **SAÚDE CASSEB**. Desde quando estiver em dias com o plano de saúde, sendo renovada de mais um ano de filiação para justificar a ANS e a VALLOR ADMINISTRADORA DE BENEFICIOS LTDA. - ME.

Nome do Corretor: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Filiado

Esta ficha só tem validade para filiação de plano de saúde e odontológico, não para concorrer a cargo de diretoria no Sindacs.  
Rua do Tesouro, 56, Edif Santa Cruz, Sala 700, Comércio, Salvador, BA, CEP 40020-056  
Tel: (71) 3241-4001/ (71) 98175-6427 (WhatsApp)