



FICHA DE FILIAÇÃO

UNIÃO DOS ESTUDANTES BRASILEIROS

Anexar cópia da declaração de escolaridade.
Anexar cópia do comprovante de pagamento.

Nome completo do Associado/Estudante:

Nome do Responsável: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Telefone: _____

Celular: _____ Sexo: _____ Data de nasc.: Associado/Estudante: ____/____/____

E-mail: _____ CPF Associado/Estudante: _____

Nome Completo da Escola / Instituição: _____

_____ Série: _____ Turma: _____ Turno: _____

Ensino Infantil Ensino Fundamental Ensino Médio Universitário/ Curso: _____

Outros: _____

Dependentes* (Preencher somente, quando for aderir plano de saúde);

Dependente - Nome	Parentesco	Sexo	Data Nascimento

Data de Filiação: ____/____/____

Assinatura do Estudante ou Responsável.

Esta filiação tem por finalidade apenas a elegibilidade para aquisição de plano de saúde e não se presta para a emissão de Identidade Estudantil.

Declaro para todos os fins a veracidade das informações fornecidas, ciente da responsabilidade civil e criminal. Se menor de 16 anos o responsável assina no lugar o estudante.

Taxa de Filiação: R\$ 25,00