



Efetivo
 Comunitário
 Grupo de Amigos

PROPOSTA DE ADESÃO

1) DADOS DO PROPONENTE

NOME: _____ NASCIMENTO / /
NACIONALIDADE: _____ ESTADO CIVIL _____ PROFISSÃO _____
ENDEREÇO: _____ FONE: _____
BAIRRO: _____ CIDADE/UF: _____ CEP: _____ CELULAR: _____
CPF: _____ RG: _____ E-MAIL: _____

2) DADOS PROFISSIONAIS

EMPRESA _____ CARGO: _____
ENDEREÇO/BAIRRO: _____ FONE: _____
CIDADE/UF: _____ SITE: _____ CELULAR: _____
E-MAIL: _____

3) DADOS DO(S) DEPENDENTE(S)

a) ônjuge companheira(o)

NOME: _____ NASCIMENTO: _____ CPF/RG: _____

b) Outros _____ Parentesco _____

NOME: _____ NASCIMENTO: / /

NOME: _____ NASCIMENTO: / /

NOME: _____ NASCIMENTO: / /

NOME: _____ NASCIMENTO: / /

4) FORMAS DE PAGAMENTO

Débito em Conta

a) No caso de Débito em Conta, preencha os campos abaixo:

C/C BANCO DO BRASIL: _____ AG./PREFIXO: _____ DATA PARA DEBITO: _____ TITULAR DA CONTA: _____

ASS. TITULAR DA CONTA _____

5) OUTRAS INFORMAÇÕES

a) **A falta de pagamento** de 06 (seis mensalidades, consecutivas ou não, acarretará na minha eliminação do quadro social dessa ABB.

b) **Documentação exigida:** Cópia RG e CPF do proponente, certidão casamento, comprovante residência, certidão nascimento ou RG do (s) filho (s), 1 foto 3x4 do titular e dos dependentes (s). Filhos com idade de 21 e até 24 anos devem apresentar declaração ou recibo da faculdade. No caso de Dependente Companheiro (a), apresentar cópia do RG, CPF e declaração formal de convivência.

Data: ____ / ____ / ____

ASSINATURA DO PROPONENTE

OBSERVAÇÕES (SECRETARIA)

PARECER: _____ Data ____ / ____ / ____

Diretor Administrativo

ASSOCIADO INDICADOR:

Sócio