



## Requerimento de Filiação

Nome Completo:

RG

CPF

Data de Nascimento

Endereço

Nº  Complemento

CEP  Cidade

Estado:

E-mail

Telefone Fixo

Telefone Celular

Declaro ter lido o Estatuto Social e normas da Associação e concordo com seus termos, permitindo que seja iniciado procedimento de cobrança de contribuição associativa. Estou ciente do título de filiação e que pagarei junto ao boleto do plano de saúde o valor de R\$ 4,00 (quatro reais) mensais - Exercício 2017.

\_\_\_\_\_  
Data e Local:

\_\_\_\_\_  
Assinatura: