



# ABRAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA  
DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

## FICHA CADASTRAL DE SÓCIOS BENEFICIÁRIOS

INCLUSÃO DE SÓCIOS

ATUALIZAÇÃO DE DADOS

Entidade	Abrangência
ABRAS ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE	NACIONAL

### DADOS DO REQUERENTE

*Nome:			
*Nome da Mãe:			
*CPF	*RG	*Data de Nascimento	*Estado Civil
* Profissão/Atividade	*Endereço		*Número
Complemento	*Bairro	*Cidade / UF	*CEP
*Telefone Residencial ( )	*Telefone Celular ( )	Telefone Comercial ( )	WhatsApp
*E-mail:	Possui Dependentes? ( ) Sim ( ) Não	Cartão do Associado <b>UNICARD 200</b>	Contribuição Associativa <b>R\$ 5,00 (mensal)</b>

### Solicito minha Associação à ABRAS na categoria de Associado Beneficiário, estando ciente que:

- Os direitos dos Associados Beneficiários são LIMITADOS à utilização dos serviços e benefícios disponibilizados pela **ABRAS**, e concedidos a critério da Diretoria Executiva, possuindo direitos associativos limitados a utilização dos serviços e benefícios oferecidos pela entidade e previstos em Estatuto ou resultantes de contratos ou convênios que sejam regularmente firmados pela **ABRAS**, sem direito de requerer convocação, votar e ser votado em Assembléias Gerais ou em quaisquer outros órgãos deliberativos da entidade.
- O Associado pagará sua Contribuição Associativa de acordo a escolha do Cartão de Associado denominado **UNICARD**, discriminado nesta **Ficha Cadastral**, estando ciente que a contribuição associativa poderá sofrer reajuste **ANUAL**, definidos pela Diretoria Executiva.
- A falta de pagamento da Contribuição Associativa implicará no cancelamento cadastral do associado junto ao quadro associativo e consequentemente a perda de elegibilidade para continuar ativo nos indicados benefícios e serviços oferecidos pela **ABRAS**, sendo que o cancelamento do Associado Titular implicará também na exclusão automática de seus dependentes, nada tendo que opor ou reclamar neste sentido.
- Estou ciente que minha filiação somente terá validade após análise e aprovação da diretoria executiva, no qual se fará através da Emissão do Cartão de Associado, ficando impedido de usufruir de quaisquer benefícios oferecidos pela **ABRAS**, antes da referida aprovação e de minha filiação a entidade.

Declaro estar ciente, que em caso da aprovação de minha filiação ao quadro associativo da entidade, ficarei responsável pela emissão gratuita do meu **CARTÃO DE ASSOCIADO**, no qual deverá ser impresso no Portal do Associado no site [www.abcomercio.com.br](http://www.abcomercio.com.br) ou solicitação junto a secretaria através do e-mail: [secretaria@abrasbrasil.com.br](mailto:secretaria@abrasbrasil.com.br)

Pelo presente termo, sob minha inteira responsabilidade, declaro verdadeiro todas as informações prestadas nesta Ficha Cadastral. Por ser a expressão da verdade e da minha vontade, firmo o presente.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO REQUERENTE

(\*) Preenchimento Obrigatório Obs.: Ficha Cadastral com rasuras ou ilegíveis não serão aceitas.

WEBSITE: [www.abrasbrasil.com.br](http://www.abrasbrasil.com.br) | Email: [secretaria@abrasbrasil.com.br](mailto:secretaria@abrasbrasil.com.br)