



PROPOSTA DE ASSOCIAÇÃO

Nome completo			
RG	Órgão Emissor	CPF	
Data Nascimento	Estado Civil		
Endereço			Nº
Complemento	CEP	Bairro	
Cidade			UF
Tel. Res.	Celular	Tel. Com.	
Atividade Profissional			
E-mail			

Nome corretor	
Cel	
E-mail	

Solicito minha associação à **FETRABRÁS** e declaro, para os devidos fins de direito, que as informações acima fornecidas são verdadeiras.

Declaro ter conhecimento dos estatutos sociais da **FETRABRÁS** e que os consultei através do site www.fetrabras.org.br, estando ciente das informações contidas. Sendo assim, reafirmo o meu interesse em associar-me à **FETRABRÁS**, na qualidade de associado, e me obrigo ao seu fiel e regular cumprimento.

Declaro também, que na qualidade de associado beneficiário, estou ciente que serão assegurados os direitos estatutariamente designados a tal categoria associativa, bem como os direitos que forem ampliados por ato interno da administração da **FETRABRÁS** nos moldes estatutários.

Estou ciente sobre a mensalidade associativa de **R\$ 3,50 (três reais e cinquenta centavos)** que será cobrada mensalmente no boleto do plano de saúde.

Declaro estar ciente e de acordo com as condições informadas acima.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Associado