

Associado Titular

Nome completo			
Nome da mãe			
Data de Nascimento	Sexo	Estado Civil	Naturalidade (Cidade, Estado e País)
CPF	RG	Órgão Expedidor	
Endereço Residencial Completo			
Bairro	Cidade		
CEP	UF	DDD / Telefone	DDD / Telefone Celular
E-mail			

Dependentes (Opcional)

1 - Nome Completo			
Nome da mãe			
Parentesco	Data de Nascimento	Sexo	CPF
2 - Nome Completo			
Nome da mãe			
Parentesco	Data de Nascimento	Sexo	CPF
3 - Nome Completo			
Nome da mãe			
Parentesco	Data de Nascimento	Sexo	CPF
4 - Nome Completo			
Nome da mãe			
Parentesco	Data de Nascimento	Sexo	CPF

Condições Gerais

1. Para aceitação desta proposta de associação, os dados cadastrais deverão estar corretamente preenchidos de forma legível (letra de forma), sem rasuras e acompanhada de cópia dos seguintes documentos:

- **Titular:** RG, CPF, contracheque atualizado, comprovante de residência, comprovante de matrícula em estabelecimento de ensino registrado no MEC.
- **Cônjuge:** RG, CPF, certidão de casamento ou declaração de convivência;
- **Filhos:** RG e/ou certidão de nascimento quando menores, e CPF para maiores de 18 anos.

2. Para fazer parte do quadro associativo, haverá uma taxa de elegibilidade mensal que será cobrada juntamente no boleto com o benefício. A taxa poderá sofrer reajuste anual juntamente com reajuste do benefício.

Valor de Elegibilidade Mensal: _____

_____, ____/____/____
LOCAL DATA

ASSINATURA DO ASSOCIADO