



Termo de Adesão para ser Associado Conveniado

Adesão de Sócio Inclusão de Beneficiário/Alteração de cadastro

Contribuição Associativa: **R\$ 10,00**

NOME: _____

NOME DA MÃE: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ SEXO: _____

IDENTIDADE: _____ CPF: _____

ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO: _____

ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____

CIDADE: _____ CEP: _____

TELEFONE: _____ RECADOS: _____

E-MAIL: _____

Solicito minha Associação à FEMERAID BRASIL na categoria de Associado Conveniado, ciente que:

1. Os direitos dos Associados Conveniado são LIMITADOS à utilização dos serviços e benefícios disponibilizados pela FEMERAID Brasil, possuindo direitos associativos limitados à utilização dos serviços e benefícios oferecidos pela entidade e previstos em Estatuto ou resultantes de contratos ou convênios que sejam regularmente firmados pela FEMERAID Brasil, sem direito de requerer convocação, votar e ser votado em Gerais ou em quaisquer outros órgãos deliberativos da entidade.

DEPENDENTES:

NOME: _____ NASCIMENTO: _____ SEXO: _____ VÍNCULO: _____

1. _____ / ____ / ____ _____ _____

2. _____ / ____ / ____ _____ _____

3. _____ / ____ / ____ _____ _____

4. _____ / ____ / ____ _____ _____

5. _____ / ____ / ____ _____ _____

Contratações de benefícios adicionais: marque um X no benefício desejado e na quantidade de dependentes.

<input type="checkbox"/> Plano Odontológico	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Seguro de Vida	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Plano Funeral	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Pelo presente termo, sob minha inteira responsabilidade, declaro:

R\$ _____
Valor mensal das contribuições

Associação 10,00 + valor do anexo (por pessoa).

Porto Alegre, ____ de _____ de 20____

Assinatura do Proponente

Assinatura membro da Direção da FEMERAID