



APRESENTAÇÃO

Associado

Conveniando

FEMERAID INTERNATIONAL BRASIL

# O que é?

Ser um Associado Conveniado significa ir além do apoio pontual. É um compromisso contínuo e significativo, permitindo que você faça parte de uma rede de solidariedade e impacto social. Sua contribuição mensal, além de ser uma maneira tangível de apoiar nossas atividades, nos ajuda a planejar e manter nossos projetos em funcionamento, garantindo a continuidade de nosso trabalho transformador. Ao fazer sua contribuição mensal, você não apenas fortalece nossas iniciativas, mas também desfruta de benefícios exclusivos que temos o prazer de oferecer.



**A**o se tornar um Associado Conveniado, você se torna um protagonista de mudanças positivas. Cada centavo investido em nossa causa servirá para auxiliar e custear nossa Organização Social, sua contribuição é a base que sustenta nossa missão e nos permite ir além.

**M**ais do que uma simples contribuição financeira, o associado conveniado poderá usufruir de alguns benefícios disponibilizados que poderão ser contratados conforme suas necessidades e demandas.





Convidamos você a se juntar a nós, abraçando essa oportunidade de transformação. Seja um Associado Conveniado e ajude-nos a criar um impacto duradouro em vidas, comunidades e no coração de nossa sociedade. Juntos, podemos fazer muito mais do que imaginamos.

# Como se associar?

Preencha a  
ficha de adesão

Marque a opção  
desejada



**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 Conveniados 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

FEMERAID INTERNATIONAL BRASIL - RS  
Praça Navegantes 41 - Navegantes / Porto Alegre - RS  
(51) 9 9901566 / contato@femeraid.org.br  
www.femeraid.org.br

Atente para preencher  
com os dados corretos

Identifique seus  
dependentes

Marque com um X qual  
benefício você quer para  
qual dependente

Preencha com o valor total:  
associado conveniado +  
benefício por e dependentes!

Assine

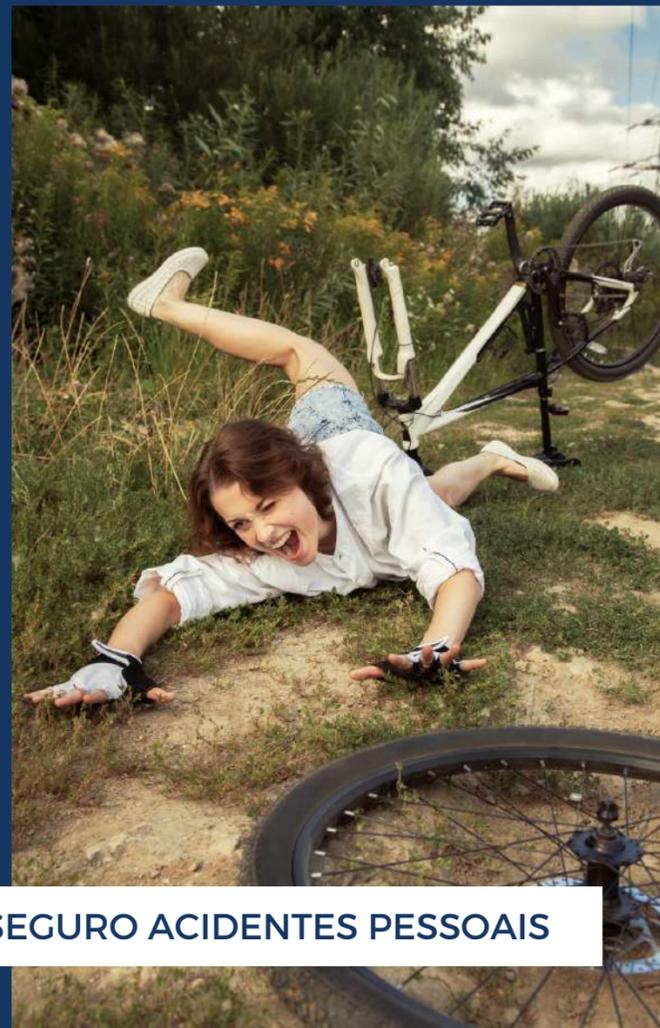
Preencha  
a data

Ficha preenchida!  
Encaminhe uma cópia dela  
junto com um documento  
oficial com foto do titular e  
dos dependentes pelo  
formulário do site:  
[www.femeraid.org.br/loja](http://www.femeraid.org.br/loja)

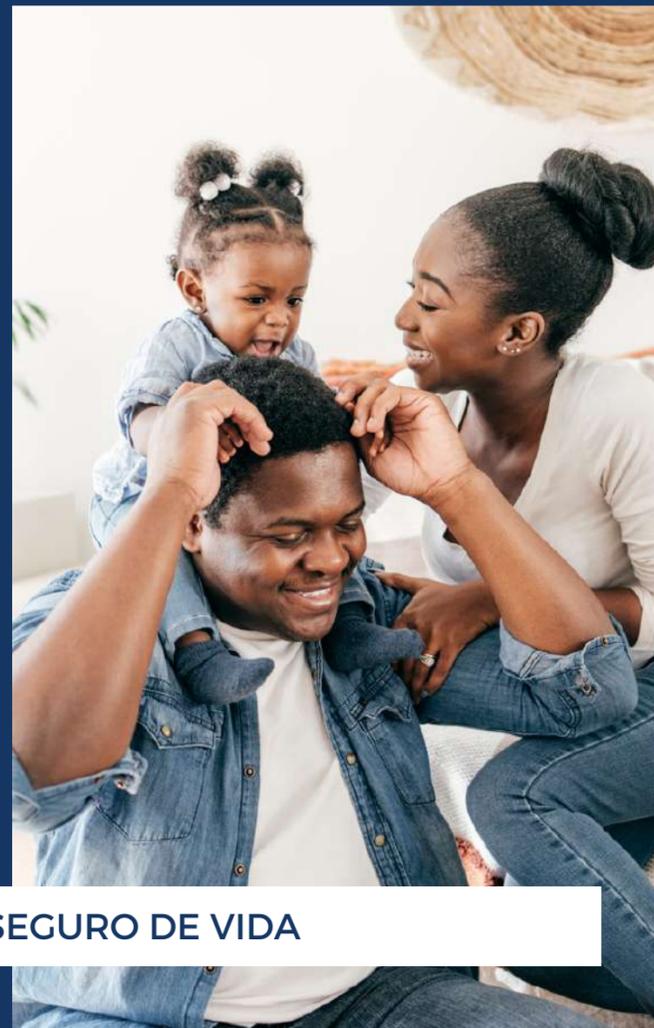
# Benefícios *para contratar*



PLANO ODONTOLÓGICO



SEGURO ACIDENTES PESSOAIS



SEGURO DE VIDA



ASSISTÊNCIA FUNERAL

# ANEXOS

01. Termo de adesão
02. Plano Odontológico
03. Seguro Acidentes Pessoais
04. Seguro de Vida
05. Assistência Funeral