



**ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS DA CRT - AACRT
PROPOSTA PARA ADMISSÃO SOCIAL**

SÓCIO CONTRIBUINTE

Nome:

RG: **CPF:**

Orgão Exp. RG: **UF de Exp. do RG:**

Data de Exp. RG: **Data Nasc.:**

Naturalidade: **UF:**

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Endereço:

Bairro:

Cidade: **UF:** **CEP:**

Telefone(s):

E-mail:

Estado Civil: Casado(a) Solteiro(a) União Estável
 Divorciado (a) Viúvo(a)

Nome do Conjuge:



Foto 3x4

Assinalar o(s) interesse(s) em utilizar os serviços abaixo especificados

Planos de Saúde Seguro Emergências Médicas Atividades Sociais
 Outros _____

Dados a ser preenchido pelo SÓCIO CONTRIBUINTE

Por ser ascendente, descendente, cônjuge ou parente até terceiro grau de **sócio efetivo**.

Por manter ou ter mantido vínculo empregatício com empresas do setor de telecomunicações.

Por ser ou ter sido integrante dos quadros da Fundação Atlântico de Seguridade Social.

Por ser empregado não aposentado, aposentado e pensionista de empresas do setor de telecomunicações

Dados do sócio que realiza a indicação: **Nome:** **Matr.:**

Informe seu grau de parentesco em relação ao sócio que lhe indica:

Assinale a Forma de Pagamento da Mensalidade Social

Doc. Bancário
 Débito em conta

>>>>>> **Opção débito em conta, favor preencher formulário em anexo.**

_____ Localidade _____ Data _____ Assinatura _____

PARA USO DA AACRT

MATRÍCULA _____ - SEQ. _____

1. Proposta recebida em ____/____/____ **3. Cadastrado em** ____/____/____

2. Análise Diretoria: Dia ____/____/20____

() aprovada () reprovada **Ata** _____

(Rubrica)