



ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS DA CRT - AACRT
PROPOSTA PARA ADMISSÃO SOCIAL
SÓCIO TEMPORÁRIO

Nome: _____

RG: _____ **CPF:** _____

Orgão Exp. RG: _____ **UF de Exp.** _____

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

Naturalidade: _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

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

Telefone(s): _____ **Celular:** _____

E-mail: _____

Estado Civil: [] Casado(a) [] Viúvo(a)
[] Solteiro(a) [] Divorciado(a)

Nome do Cônjuge: _____

**FOTO
3 X 4**

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

Planos de Saúde Seguro Emergências Médicas Atividades Sociais

Outros _____

Indicação por Dois (2) Sócios Efetivos/Contribuintes

Sócio 1 Nome: _____ Matr. _____

Sócio 2 Nome: _____ Matr. _____

Assinatura Sócio 1: _____ Assinatura Sócio 2: _____

Assinale a Forma de Pagamento

Doc. Bancário

Débito em conta **Banrisul** Agência: _____ Número da Conta: _____

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

_____ Localidade _____ Data _____ Assinatura _____

PARA USO DA AACRT

Matrícula Social: _____ **Seq.:** _____

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

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

() aprovada () reprovada Ata _____

(Rubrica)

(Rubrica)