



ASSOCIAÇÃO DOS TÉCNICOS E AUXILIARES DE IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA DO ESPÍRITO SANTO

FOTO
3x4

CERTIFICADO DE INCLUSÃO DO ASSOCIADO TITULAR E DEPENDENTES

ASSOCIADO TITULAR MATRÍCULA Nº: _____/_____

NOME: _____ PIS Nº _____

CPF: _____ RG: _____ SSP – UF: _____ TÍTULO DE ELEITOR: _____

DATA DE NASC: ____/____/____ NATURALIDADE: _____ EST. CIVIL _____

END: _____ Nº _____ COMPL: _____

BAIRRO: _____ CEP: _____ - _____ CID: _____ EST: _____

TEL RES: (____) _____ - _____ TEL REC: (____) _____ - _____ CEL: (____) _____ - _____

E-mail: _____ ATUANTE NA ÁREA: () Sim () Não

NOME DO PAI: _____

NOME DA MÃE: _____

SOLICITO A INCLUSÃO DO(S) DEPENDENTE (S) ABAIXO DISCRIMINADO(S):

NOME	NOME DA MÃE (SE MAIOR)	NASC	PARENT.	CPF (SE MAIOR)
1-		__/__/__		____.____-____
2-		__/__/__		____.____-____
3-		__/__/__		____.____-____
4-		__/__/__		____.____-____
5-		__/__/__		____.____-____

ESTOU PLENAMENTE CIENTE E DE ACORDO QUE MINHA CONTRIBUIÇÃO ASSOCIATIVA ANUAL SERÁ NO VALOR DE R\$ **100,00 (CEM REAIS)**

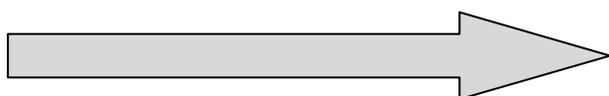
ATENÇÃO:

FAVOR PREENCHER ESTE DOCUMENTO A CANETA DE TINTA AZUL OU PRETA E SEM RASURAS, BEM COMO DATAR E ASSINAR.

Local: _____ data da Associação: ____/____/____.

FAVOR ASSINAR COM CANETA PILOTO PRETA Ponta Porosa

NO CENTRO DO ESPAÇO AO LADO



**ESSA ASSINATURA SERÁ DIGITALIZADA
PARA A NOVA IDENTIDADE PROFISSIONAL EM PVC.**

Data de emissão da Identidade Profissional: ____/____/20____.

Data de vencimento da Identidade Profissional: ____/____/20____.

CONTROLE INTERNO