

INCLUSÃO DE SÓCIOS     ATUALIZAÇÃO DE DADOS

**FICHA CADASTRAL DE SÓCIOS BENEFICIÁRIOS**

Nome			
Nome da Mãe			
Nome do Pai			
CPF	RG	Data de Nascimento	Estado Civil
CEP	Endereço		Número
Complemento	Bairro	Cidade	UF
Tel Residencial	Celular	Tel Comercial	WhatsApp
E-mail: (Obrigatório)			
Possui Dependentes? ( ) Sim ( ) Não	Idades dos Dependentes	Facebook	

**SOLICITO MINHA ASSOCIAÇÃO Á ABRAIN F NA CATEGORIA DE ASSOCIADO BENEFICIÁRIO, ESTANDO CIENTE QUE:**

- Os direitos dos Associados Beneficiários são LIMITADOS á utilização dos serviços e benefícios disponibilizados pela ABRAIN F, e concedidos a critério da Diretoria Executiva, possuindo direitos associativos limitados a utilização dos serviços e benefícios oferecidos pela entidade e previstos em Estatuto ou resultantes de contratos ou convênios que sejam regularmente firmados pela ABRAIN F, sem direito de requerer convocação, votar e ser votado em Assembléias Gerais ou em quaisquer outros órgãos deliberativos da entidade.
- O Associado Beneficiário pagará a Contribuição Associativa MENSAL no valor de R\$ R\$ 5,00 (Cinco Reais), estando ciente que a contribuição associativa poderá sofrer reajuste ANUAL, definidos pela Diretoria Executiva.
- A falta de pagamento da Contribuição Associativa Mensal implicara no cancelamento cadastral do associado junto ao quadro associativo e conseqüentemente a perda de elegibilidade para continuar ativo nos indicados benefícios e serviços oferecidos pela ABRAIN F, sendo que o cancelamento do Associado Titular implicará também na exclusão automática de seus dependentes, nada tendo que opor ou reclamar neste sentido.
- Estou ciente que minha filiação somente terá validade após análise e aprovação da diretoria executiva, no qual se fará através da Emissão do Cartão de Associado, ficando impedido de usufruir de quaisquer benefícios oferecidos pela ABRAIN F, antes da referida aprovação e de minha filiação a entidade.

Declaro estar ciente, que em caso da aprovação de minha filiação ao quadro associativo da entidade, ficarei responsável pela emissão gratuita do meu CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DE ASSOCIADO, no qual deverá ser impresso no site [www.abrainf.com.br](http://www.abrainf.com.br) ou solicitação junto a secretaria através do e-mail: [secretaria@abrainf.com.br](mailto:secretaria@abrainf.com.br).

Pelo presente termo, sob minha inteira responsabilidade, declaro verdadeiro todas as informações prestadas nesta Ficha Cadastral. Por ser a expressão da verdade e da minha vontade, firmo o presente.

Local e Data

Assinatura do requerente