



PROPOSTA DE ASSOCIADO

() Profissional () Aspirante () Simpatizante

IDENTIFICAÇÃO

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____

CPF: _____ RG: _____ SSP/_____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Nome da Mãe: _____

Nome do Pai: _____

E-mail: _____ Site: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Endereço: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Tel. residencial: (____) _____ Celular: (____) _____

ENDEREÇO COMERCIAL

Endereço: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Tel. comercial: (____) _____ Celular: (____) _____

DECLARO SER TERAPEUTA CERTIFICADO NAS TÉCNICAS ABAIXO:

PAGAMENTO DA CONTRIBUIÇÃO ESPONTÂNEA ANUAL POR DEPÓSITO BANCÁRIO

(Válida por 12 meses)

BANCO DO BRASIL

Agência: 0321-2

Conta Corrente: 42969-4

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS (CÓPIAS SIMPLES)

- CPF E RG
- Comprovante de residência
- Cópias dos certificados
- Duas fotos 3x4 (com nome no verso)
- Cópia do comprovante de depósito no valor de R\$ 330,00

Envie a documentação com está ficha preenchidas juntamente com as fotos para a Sede Nacional:

Rua Barão do Rio Branco, 403 E, Sala 12 – Chapecó – SC CEP: 89802-100

Depósito efetuado na data de: ____/____/____

Assinatura

CET Nº

EMISSÃO

VALIDADE

SECRETARIA

--	--	--	--

Presidente: _____ Aprovado em: ____/____/____

TR. Alcir Marques