

PROPOSTA PARA ASSOCIADO

Nº DE INSCRIÇÃO APCD

PARA SER PREENCHIDO PELA CENTRAL

EFETIVO RECÉM FORMADO ACADÊMICO NACIONAL AFIM EXTERIOR DEPENDENTE ASB/TSB/TPD

NOME

Nº CRO

UF

SEXO

M

F

SOLTEIRO

ESTADO CIVIL

CASADO

VIÚVO

DESQUITADO

DIVORCIADO

DATA DE NASC

LOCAL DE NASCIMENTO

UF

NACIONALIDADE

Nº RG

UF

Nº CIC/CPF

FORMADO NO ANO DE

1º SEM.

2º SEM.

PROVÁVEL CONCLUSÃO DO CURSO EM

1º SEM.

2º SEM.

FACULDADE

FILIAÇÃO PAI

MÃE

ONDE DESEJA RECEBER CORRESPONDÊNCIA ?

RESIDÊNCIA

CONSULTÓRIO

ENDEREÇO RESIDENCIAL

COMPLEMENTO

CEP

_____ - _____

CIDADE

BAIRRO

UF

PAIS

ENDEREÇO CONSULTÓRIO

COMPLEMENTO

CEP

_____ - _____

CIDADE

BAIRRO

UF

PAIS

TELEFONE RESIDENCIAL

DDD _____

TEL. _____

FAX _____

TELEFONE CONSULTÓRIO

DDD _____

TEL. _____

FAX _____

TELEFONE CELULAR

DDD _____

TEL. _____

E-MAIL

ESPECIALISTA

SIM NÃO

ÁREA(S) _____

ÁREA(S) DE INTERESSE (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) _____

REQUERIMENTO

Venho através desta, requerer minha adesão ao quadro associativo da entidade e após análise e aprovação, autorizo a APCD emitir o documento de cobrança bancária (boleto mensal), cobrando juntamente o Seguro de Responsabilidade Civil.

SÓCIO ACADÊMICO

NOME DO DIRETOR OU SECRETÁRIO DA FACULDADE

CARIMBO E ASSINATURA DA FACULDADE

LOCAL, DATA

ASSINATURA SÓCIO

_____, DE _____ 20____

APROVAÇÃO DA PROPOSTA - REGIONAL

SECRETARIA DA REGIONAL - DATA DE ENTRADA E VISTO

DIRETORIA DA REGIONAL - DATA DE ENTRADA E VISTO

SECRETARIA SOCIAL - APCD CENTRAL - DATA E VISTO

SECRETARIA GERAL - APCD CENTRAL - DATA E VISTO