



FICHA CADASTRAL DE SÓCIOS BENEFICIÁRIOS

INCLUSÃO DE SÓCIOS ATUALIZAÇÃO DE DADOS

Entidade ABRES ASSOCIACAO BRASILEIRA DE APOIO ESTUDANTIL			Abrangência NACIONAL
DADOS DO REQUERENTE			
*Nome:			
*Nome da Mãe:			
*CPF	*RG	*Data de Nascimento	*Estado Civil
* Profissão/Atividade	*Endereço		*Número
Complemento	*Bairro	*Cidade / UF	*Cep
*Telefone Residencial ()	*Telefone Celular ()	Telefone Comercial ()	WhatsApp
*E-mail:	Possui Dependentes? () Sim () Não	Cartão do Associado UNICARD 200	Contribuição Associativa R\$ 5,00 (mensal)
Solicito minha Associação á ABRES na categoria de Associado Beneficiário, estando ciente que:			
<p>1. Os direitos dos Associados Beneficiários são LIMITADOS á utilização dos serviços e benefícios disponibilizados pela ABRES, 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 ABRES, sem direito de requerer convocação, votar e ser votado em Assembléias Gerais ou em quaisquer outros órgãos deliberativos da entidade.</p> <p>2. O Associado pagará sua Contribuição Associativa de acordo a escolha do Cartão de Associado denominado UNICARD, discriminado nesta Ficha Cadastral, estando ciente que a contribuição associativa poderá sofrer reajuste ANUAL, definidos pela Diretoria Executiva.</p> <p>3. A falta de pagamento da Contribuição Associativa 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 ABRES, sendo que o cancelamento do Associado Titular implicará também na exclusão automática de seus dependentes, nada tendo que opor ou reclamar neste sentido.</p> <p>4. 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 ABRES, antes da referida aprovação e de minha filiação a entidade.</p>			
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 ASSOCIADO , no qual deverá ser impresso no Portal do Associado no site www.abresbrasil.com.br ou solicitação junto a secretaria através do e-mail: secretaria@abresbrasil.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	
(*) Preenchimento Obrigatório		Obs.: Ficha Cadastral com rasuras ou ilegíveis não serão aceitas.	
WEBSITE: www.abresbrasil.com.br Email: secretaria@abresbrasil.com.br			