

MATRÍCULA Nº

DADOS PESSOAIS

| | | | | | |
|-------------------------|--|---|----------------------|----------------------|--|
| NOME | | | | CATEGORIA | |
| <input type="text"/> | | | | <input type="text"/> | |
| CPF | RG | ESTADO CIVIL | | DATA NASCIMENTO | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | 01 - Solteiro 03 - Viúvo 05 - Outros 02 - Casado 04 - Divorciado | | <input type="text"/> | |
| ENDEREÇO | | | Nº | BAIRRO | |
| <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| COMPLEMENTO | CIDADE | ESTADO | CEP | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| E-MAIL | | TELEFONE CELULAR | TELEFONE RESIDENCIAL | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| *ÓRGÃO CONVENIADO | DATA DO VENCIMENTO | | DATA 1ª MENSALIDADE | | |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 | | <input type="text"/> | | |
| NATURALIDADE | LOCAL DE TRABALHO | | FUNÇÃO | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | |
| INDICADO PELO ASSOCIADO | | | | MATRÍCULA | |
| <input type="text"/> | | | | <input type="text"/> | |

Em casos de Associação por indicação, é necessário preencher o campo acima, além de anexar cópias de CPF e RG do Associado que o indicou.

RELAÇÃO DE DEPENDENTES

Apenas Cônjuges, enteados (as) sob tutela, filhos (as) solteiros (as) de até 24 anos de idade, pai, mãe sogro ou sogra que sejam viúvos. Para quaisquer dependente, apresentar documentação comprobatória.

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| NOME | PARENTESCO | DATA NASCIMENTO |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| NOME | PARENTESCO | DATA NASCIMENTO |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| NOME | PARENTESCO | DATA NASCIMENTO |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| NOME | PARENTESCO | DATA NASCIMENTO |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| NOME | PARENTESCO | DATA NASCIMENTO |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Para incluir dependentes extras, favor consultar relação no verso deste.

Campina Grande, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Associado Titular

AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO EM CONTA

Autorizo Banco do Brasil S.A. a debitar mensalmente em minha conta corrente abaixo indicada os valores das mensalidades correspondente à categoria de associado acima e as demais despesas que vierem a ser efetuadas por mim ou meus dependentes autorizados. Fica a AABB Campina Grande, obrigada a manter a comprovação da dívida por um período de 60 (sessenta) dias a contar da data do lançamento em minha conta.

Estou ciente de que o cancelamento da presente autorização só entrará em vigor 30 (trinta) dias após a sua solicitação.

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| ASSOCIADO TITULAR | PREFIXO DE AGÊNCIA | CONTA Nº |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Campina Grande, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Titular da Conta Bancária

| | |
|---|---------------------------|
| ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA INDICAÇÃO | RESERVADO PARA SECRETARIA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> DEFERIDO <input type="checkbox"/> INDEFERIDO | |
| DIRETOR RESPONSÁVEL | |