



BELÉM-PA

ASSOCIAÇÃO ATLETICA BANCO BRASIL – AABB BELÉM  
Av. Gov. José Malcher, 258 – Nazaré – Belém-Pa – Fone/Fax: (91) 32414219/3223-4341  
aabbsocial@hotmail.com – CNPJ 04.790.598/0001-10

**Categoria**

- |                                         |                                       |                                     |
|-----------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Benemérito     | <input type="checkbox"/> Pensionista  | <input type="checkbox"/> N. Escola  |
| <input type="checkbox"/> Efetivo        | <input type="checkbox"/> BCB – ESPEC. | <input type="checkbox"/> CONV - SBT |
| <input type="checkbox"/> Correspondente | <input type="checkbox"/> Comunitário  | <input type="checkbox"/> CASSI      |
| <input type="checkbox"/> Parente        | <input type="checkbox"/> PDV          | <input type="checkbox"/> S. Empresa |

**PROPOSTA DE ADESÃO****1) DADOS DO PROPONENTE**

NOME:		NASCIMENTO: / /	
NACIONALIDADE:	ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO:	
ENDEREÇO:		FONE:	
BAIRRO:	CIDADE/UF:	CEP:	CELULAR:
CPF:	RG:	E-MAIL:	

**2) DADOS PROFISSIONAIS**

EMPRESA:	CARGO:		
ENDEREÇO/BAIRRO:	FONE:		
CIDADE/UF:	SITE:	CELULAR:	
E-MAIL:			

**3) DADOS DO(S) DEPENDENTE(S)**a)  Côniuae  Companheira(o)

NOME:	NASCIMENTO: / /	CPF/RG:
b) Filhos		
NOME:	NASCIMENTO: / /	
NOME:	NASCIMENTO: / /	
NOME:	NASCIMENTO: / /	
NOME:	NASCIMENTO: / /	

**4) FORMAS DE PAGAMENTO** Débito em Conta  Boletão

a) No caso de Débito em Conta, preencha os campos abaixo:

C/C BANCO DO BRASIL:	AG./PREFIXO:	NOME DA AG:	TITULAR DA CONTA:
ASS. TITULAR DA CONTA			OBSERVAÇÃO: Datas para débito mensal em conta: dias 01,10 e 20 todas as categorias.

**5) OUTRAS INFORMACÕES**a) **A falta de pagamento** de 03 (três) mensalidades, consecutivas ou não, acarretará na minha eliminação do quadro social dessa AABB.b) **Documentação exigida:** Cópia RG e CPF do proponente, certidão casamento, comprovante residência, certidão nascimento ou RG do (s) filho (s). 1 foto 3x4 do titular e dos dependente (s). Filhos com idade de 21 e até 24 anos devem apresentar declaração ou recibo da faculdade. No caso de Dependente Companheiro (a), apresentar cópia do RG, CPF e declaração formal de convivência.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PROPONENTE**OBSERVAÇÕES (SECRETARIA)**

PARECER:

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Diretor Administrativo

DESPACHO:

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Conselho Administrativo