



Associação Brasileira de Ostomizados

Entidade sem fins lucrativos

CNPJ. n.º 29.544.988/0001-31 – Fundada em 16.11.85

FICHA DE FILIAÇÃO

Dados pessoais do (a) associado(a)

() PESSOA FÍSICA

Nome completo:.....

Estado civil:

- () Solteiro(a)
- () Casado(a)
- () Divorciado(a)
- () Viúvo(a)
- () Separado(a) judicialmente

Ostomizado:

- () Sim () Não
- () Iliostomia () Profissional
- () Colostomia () Outros
- () Urostomia
- () Traqueostomia

Nacionalidade: () Brasileira () Outra:.....

Profissão: CPF:.....

Documento de identificação:

- () Carteira de identidade (RG)
- () Identificação funcional
- () Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS)
- () Carteira Nacional de Habilitação (CNH)
- () Passaporte
- () Outro:.....

Numero:.....Órgão Emissor:.....

Local de nascimento:.....Data de nascimento:...../...../.....

Endereço residencial:

Locradouro:.....Nº.....

Complemento:.....Bairro:.....

CEP:.....Cidade:.....Estado:.....

Telefone Residencial: ().....E-mail:.....

Celular: ().....

Comercial: ().....

_____, _____ de _____ de _____

SCS, Qdra 02, Lote 104, Bloco C, Sala 413, Edifício Goiás, Asa Sul.
Brasília - DF - CEP 70.317-900

Telefone: (65) 9.9969-7760 - (61) 3041-3033 - Site: www.abraso.org.br - E-mail: abraso@abraso.org.br



Associação Brasileira de Ostomizados

Entidade sem fins lucrativos

CNPJ. n.º 29.544.988/0001-31 – Fundada em 16.11.85

Por meio da presente, venho requerer a minha inscrição como associado(a) categoria de, da Associação Brasileira de Ostomizados – ABRASO, CNPJ 29.544.988/0001-31.

Ao assinar este instrumento, declaro estar ciente do inteiro teor do estatuto social da associação, bem como dos direitos e dos deveres impostos aos membros desta instituição.

Por fim, comprometo-me a honrar, em dia, com todas as obrigações pecuniárias por mim, sob pena de justo desligamento da associação.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura

Incluir em anexo: ⁱ

1. Cópia do Comprovante de Endereço;
2. Cópia do RG e CPF.

ⁱ Obrigatório