



**ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS DA CRT - AACRT  
PROPOSTA PARA ADMISSÃO SOCIAL**

**SÓCIO CONTRIBUINTE CONVIDADO**

**Nome:**

**RG:**  **CPF:**

**Orgão Exp. RG:**  **UF de Exp. do RG:**

**Data de Exp. RG:**  **Data Nasc.:**

**Naturalidade:**  **UF:**

**Nome do Pai:**

**Nome da Mãe:**

**Endereço:**

**Bairro:**

**Cidade:**  **UF:**  **CEP:**

**Telefone(s):**  **Cel.**

**E-mail:**

**Estado Civil:**  Casado(a)  Solteiro(a)  
 Divorciado (a)  Viúvo(a)

**Nome do Conjuge:**



Foto 3x4

**Assinalar o(s) interesse(s) em utilizar os serviços abaixo especificados**

Planos de Saúde  Seguro  Emergências Médicas  Atividades Sociais

Outros \_\_\_\_\_

**Indicação**

**Dados do sócio que realiza a indicação:** Nome  Matr.

**Informe seu grau de parentesco em relação ao sócio que lhe indica:**

**Assinale a Forma de Pagamento**

Doc. Bancário

Débito em conta

**>>>>>>> Opção débito em conta, favor preencher formulário em anexo.**

\_\_\_\_\_

Localidade Data Assinatura

**PARA USO DA AACRT**

**Matrícula Social:**  **Seq.:**

**1. Proposta recebida em** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **3. Cadastrado em** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**2. Análise Diretoria: Dia** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_

( ) aprovada ( ) reprovada Ata \_\_\_\_\_ (Rubrica)

\_\_\_\_\_  
(Rubrica)