

Proposta para associado



Nº de Inscrição APCD _____

Sócio:

☐ EFETIVO ☐ RECÉM FORMADO ☐ ACADÊMICO ☐ AFIM ☐ ESTRANGEIRO ☐ DEPENDENTE ☐ ASB/TSB/TPDFETIVO ☐ *ABCD

*Fora do Estado de São Paulo

Nome: _____		Número CRO: _____	UF: _____
Sexo: ☐ M ☐ F	Estado Civil: _____	Data de nascimento: _____	RG _____ UF: _____
Cidade: _____		CIC/CPF _____	
Faculdade: _____	Provável conclusão do curso em		☐ 1º Semestre ☐ 2º Semestre
Nome do pai: _____		Nome da mãe: _____	

Onde deseja receber correspondência?

☐ RESIDÊNCIA ☐ CONSULTÓRIO

Endereço: _____

Complemento: _____ Bairro: _____ Cep: _____

Cidade: _____ UF: _____ E-mail: _____

Telefone residencial: _____ Telefone comercial: _____ Telefone celular: _____

Possui alguma especialidade?

☐ SIM ☐ NÃO

Área(s): _____ Área(s) de interesse / Pretensão Científica: _____

Associado Dependente

Nome do titular: _____ CIC/CPF _____

Requerimento

Venho através desta, requerer minha adesão ao quadro associativo da entidade e após análise e aprovação, autorizo a APCD emitir o documento de cobrança bancária (boleto mensal), cobrando juntamente o Seguro de Responsabilidade Civil.

Sócio Acadêmico

Nome do diretor ou secretário da faculdade _____	Carimbo e Assinatura da Faculdade _____
Local, Data _____ de _____ 20 _____	Assinatura Sócio _____

Aprovação da Proposta – Regional

Secretaria da Regional data de entrada e visto _____	Diretoria da Regional data de entrada e visto _____
Secretaria Social APCD Central data e visto _____	Secretaria Geral APCD Central data e visto _____