

Pela presente, apresento o(a) abaixo qualificado(a) que solicita sua admissão no quadro associativo, ficando esta proposta sujeita à aprovação da Diretoria, conforme disposições estatutárias vigentes.

Matrícula	Categoria
-----------	-----------

Dados Pessoais

Nome completo do associado (sem abreviações)

Data de nascimento	Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino	Nacionalidade 1 - Brasileira 2 - Brasileira naturalizado 3 - Estrangeira	Naturalidade / UF / Município
--------------------	---------------------------------------	---	-------------------------------

Nome do pai

Nome da mãe

Número da identidade	Órgão Emissor	UF	Data de emissão
----------------------	---------------	----	-----------------

CPF	Renda do titular - R\$	Estado civil 1 - Solteiro(a) 3 - Noivo(a) 5 - Separado(a) judicialmente 7 - Outros 2 - Casado(a) 4 - Divorciado(a) 6 - Viúvo(a)
-----	------------------------	---

CPF do(a) cônjuge	Nome do(a) cônjuge
-------------------	--------------------

Data de nasc do cônjuge

Grau de instrução do associado

0 - Não alfabetizado	2 - Ensino fundamental completo	4 - Médio completo	6 - Superior completo	8 - Mestrado
1 - Ensino fundamental incompleto	3 - Médio incompleto	5 - Superior incompleto	7 - Especialização	9 - Doutorado

Endereço residencial

CEP	Rua, avenida, alameda, travessa, praça	Número	Complemento
-----	--	--------	-------------

Bairro	Município	UF
--------	-----------	----

DDD	Telefone celular próprio	DDD	Telefone residencial próprio	DDD	Telefone para recados
-----	--------------------------	-----	------------------------------	-----	-----------------------

E-mail

Sua residência é

1 - Alugada	3 - Outros	5 - Própria quitada
2 - Mora com parentes/pais	4 - Cedida/funcional	6 - Financiada

Endereço profissional / atividade formal

CEP	Rua, avenida, alameda, travessa, praça	Número	Complemento
-----	--	--------	-------------

Bairro	Município	UF
--------	-----------	----

DDD	Telefone comercial	DDD	Telefone fax	Profissão
-----	--------------------	-----	--------------	-----------

Atividade informal

Nome da atividade	Local de trabalho	Data de início
-------------------	-------------------	----------------

Formas para comunicação entre Associação Leopoldina Juvenil e associado:

Via e-mail 1 - Sim 2 - Não	Via SMS 1 - Sim 2 - Não	Via correio 1 - Sim 2 - Não	DOC 1 - Endereço residencial 2 - Endereço comercial
----------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	---

Informações Patrimoniais

Imóveis

Não possui Possui

1 - Casa	3 - Lote	5 - Apartamento	7 - Sala comercial	1 - Quitado	3 - Quitado e alugado
2 - Terreno	4 - Chácara	6 - Loja	8 - Fazenda	2 - Financiada	4 - Financiada e alugado

Imóvel 1 →

Tipo	Situação	Valor de Mercado - R\$
------	----------	------------------------

Imóvel 2 →

Tipo	Situação	Valor de Mercado - R\$
------	----------	------------------------

Veículos

Não possui Possui

1 - Carro	3 - Motocicleta	5 - Caminhão	7 - Aeronave	1 - Quitado
2 - Ônibus	4 - Utilitário	6 - Embarcação		2 - Financiada

Veículo 1 →

Tipo	Situação	Valor de Mercado - R\$	Ano
------	----------	------------------------	-----

Veículo 2 →

Tipo	Situação	Valor de Mercado - R\$	Ano
------	----------	------------------------	-----

Cartão de crédito

Não possui Possui

1 - Dinners Club	3 - Credicard	5 - Mastercard
2 - Visa	4 - American Express	

Conta em banco

Não possui Possui

1 - Banco do Brasil	3 - Itaú	5 - Santander	7 - Unibanco	9 - Banrisul
2 - Caixa Econômica Federal	4 - Citibank	6 - Bradesco	8 - Banco Real	10 - Outros

Referências pessoais (associados titulares)

Nome completo do associado (sem abreviações) _____ Matrícula _____

DDD _____ Telefone celular próprio _____ Assinatura _____

Nome completo do associado (sem abreviações) _____ Matrícula _____

DDD _____ Telefone celular próprio _____ Assinatura _____

Nome completo do associado (sem abreviações) _____ Matrícula _____

DDD _____ Telefone celular próprio _____ Assinatura _____

Forma de pagamento

À vista (R\$ _____)

Parcelado em 1+ _____ vezes (R\$ _____ + _____ x R\$ _____)

Os dados informados por mim nessa proposta são verídicos, comprovados por documentação.

Local _____ Data _____ Assinatura do proposto _____

Para uso da Associação Leopoldina Juvenil
As informações acima conferem com os documentos apresentados.

Data _____ Assinatura do atendente _____ Assinatura do supervisor _____

Relação das pessoas pertencentes à família do preposto - Declaração

Declaro ter conhecimento que meus dependentes filhos e enteados, pagarão mensalidades dos 14 aos 18 anos (Art. 27 do Regulamento Interno), e que, ao atingirem a idade de 18 anos serão inscritos, automaticamente, como titulares no quadro associativo, na categoria de Contribuinte ALJ, com isenção do pagamento de qualquer taxa de ingresso (Art. 16, §1º do Regulamento Interno).

Observação - Na entrega da declaração é necessária a apresentação dos seguintes documentos relacionados aos dependentes: certidão de casamento, certidão de nascimento, declaração de união estável, CPF, Identidade, comprovante de residência e uma foto recente.

2. Nome completo do dependente (sem abreviações)

Data de nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino	Nacionalidade <input type="checkbox"/> 1 - Brasileira <input type="checkbox"/> 2 - Brasileira naturalizado <input type="checkbox"/> 3 - Estrangeira	Naturalidade / UF / Município
--------------------	---	--	-------------------------------

Número da identidade	Órgão Emissor	UF	Data de emissão
----------------------	---------------	----	-----------------

Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 3 - Noivo(a) <input type="checkbox"/> 5 - Separado(a) judicialmente <input type="checkbox"/> 7 - Outros <input type="checkbox"/> 2 - Casado(a) <input type="checkbox"/> 4 - Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 6 - Viúvo(a)	Dependentes: <input type="checkbox"/> 1 - Filho(a) <input type="checkbox"/> 3 - Enteado(a) <input type="checkbox"/> 2 - Cônjuge/companheiro(a)
--	--

3. Nome completo do dependente (sem abreviações)

Data de nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino	Nacionalidade <input type="checkbox"/> 1 - Brasileira <input type="checkbox"/> 2 - Brasileira naturalizado <input type="checkbox"/> 3 - Estrangeira	Naturalidade / UF / Município
--------------------	---	--	-------------------------------

Número da identidade	Órgão Emissor	UF	Data de emissão
----------------------	---------------	----	-----------------

Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 3 - Noivo(a) <input type="checkbox"/> 5 - Separado(a) judicialmente <input type="checkbox"/> 7 - Outros <input type="checkbox"/> 2 - Casado(a) <input type="checkbox"/> 4 - Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 6 - Viúvo(a)	Dependentes: <input type="checkbox"/> 1 - Filho(a) <input type="checkbox"/> 3 - Enteado(a) <input type="checkbox"/> 2 - Cônjuge/companheiro(a)
--	--

4. Nome completo do dependente (sem abreviações)

Data de nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino	Nacionalidade <input type="checkbox"/> 1 - Brasileira <input type="checkbox"/> 2 - Brasileira naturalizado <input type="checkbox"/> 3 - Estrangeira	Naturalidade / UF / Município
--------------------	---	--	-------------------------------

Número da identidade	Órgão Emissor	UF	Data de emissão
----------------------	---------------	----	-----------------

Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 3 - Noivo(a) <input type="checkbox"/> 5 - Separado(a) judicialmente <input type="checkbox"/> 7 - Outros <input type="checkbox"/> 2 - Casado(a) <input type="checkbox"/> 4 - Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 6 - Viúvo(a)	Dependentes: <input type="checkbox"/> 1 - Filho(a) <input type="checkbox"/> 3 - Enteado(a) <input type="checkbox"/> 2 - Cônjuge/companheiro(a)
--	--

5. Nome completo do dependente (sem abreviações)

Data de nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino	Nacionalidade <input type="checkbox"/> 1 - Brasileira <input type="checkbox"/> 2 - Brasileira naturalizado <input type="checkbox"/> 3 - Estrangeira	Naturalidade / UF / Município
--------------------	---	--	-------------------------------

Número da identidade	Órgão Emissor	UF	Data de emissão
----------------------	---------------	----	-----------------

Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 3 - Noivo(a) <input type="checkbox"/> 5 - Separado(a) judicialmente <input type="checkbox"/> 7 - Outros <input type="checkbox"/> 2 - Casado(a) <input type="checkbox"/> 4 - Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 6 - Viúvo(a)	Dependentes: <input type="checkbox"/> 1 - Filho(a) <input type="checkbox"/> 3 - Enteado(a) <input type="checkbox"/> 2 - Cônjuge/companheiro(a)
--	--

6. Nome completo do dependente (sem abreviações)

Data de nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino	Nacionalidade <input type="checkbox"/> 1 - Brasileira <input type="checkbox"/> 2 - Brasileira naturalizado <input type="checkbox"/> 3 - Estrangeira	Naturalidade / UF / Município
--------------------	---	--	-------------------------------

Número da identidade	Órgão Emissor	UF	Data de emissão
----------------------	---------------	----	-----------------

Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 3 - Noivo(a) <input type="checkbox"/> 5 - Separado(a) judicialmente <input type="checkbox"/> 7 - Outros <input type="checkbox"/> 2 - Casado(a) <input type="checkbox"/> 4 - Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 6 - Viúvo(a)	Dependentes: <input type="checkbox"/> 1 - Filho(a) <input type="checkbox"/> 3 - Enteado(a) <input type="checkbox"/> 2 - Cônjuge/companheiro(a)
--	--



Despacho da Diretoria da Associação Leopoldina Juvenil

Diretor(a) de Assuntos Associativos

Presidência

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____