

| FICHA DE INSCRIÇÃO - RESIDENCIAL ATIBAIA | | | | | | FÉRIAS - OUTUBRO / 2021 | | | |
|---|---------------|--|-------------------------------|--|---------------|-------------------------------|-----------------------|--|--|
| | | | | | | INSCRIÇÃO | | | |
| PERÍODO I | PERÍODO II | PERÍODO III | PERÍODO IV | PERÍODO V | PERÍODO VI | 23/08 até 08/09 | | | |
| 01/10 a 06/10 | 03/10 a 08/10 | 17/10 a 22/10 | 07/10 a 12/10 | 13/10 a 18/10 | 14/10 a 19/10 | | | | |
| 15/10 a 20/10 | 19/10 a 24/10 | 20/10 a 25/10 | 21/10 a 26/10 | 22/10 a 27/10 | 24/10 a 29/10 | | | | |
| DAS DATAS ACIMA, INFORME NO QUADRO ABAIXO AS OPÇÕES DESEJADAS | | | | | | SORTEIO: 10/09 | | | |
| 1ª OPÇÃO | | 2ª OPÇÃO | | 3ª OPÇÃO | | 4ª OPÇÃO | | | |
| ____/____ a ____/____ / ____/____ a ____/____ / ____/____ a ____/____ / ____/____ | | | | | | RESULTADO ATÉ: 13/09 | | | |
| ESTOU CIENTE QUE ESTA FICHA É DE ATIBAIA. FEZ INSCRIÇÃO EM OUTRO RESIDENCIAL? SIM () ou NÃO () SE A RESPOSTA FOR SIM, QUAL É O RESIDENCIAL DE SUA PREFERÊNCIA - CARAGUA () - PERUIBE () - ATIBAIA () | | | | | | | | | |
| DADOS DO TITULAR | | | | | | *Preenchimento obrigatório | | | |
| *NOME: _____ | | | | | | | | | |
| *MATRÍCULA: _____ | | | | *PERÍODO DAS FÉRIAS: ____/____ Á ____/____ | | | | | |
| *CELULAR: () _____ | | | | TEL. RESIDENCIAL: () _____ | | | | | |
| *UNIDADE DE LOTAÇÃO (TRABALHO): _____ | | | | Cep. Unidade: _____ | | | | | |
| *E-mail (Obrigatório): _____ | | | | | | | | | |
| DADOS DOS DEPENDENTES E CONVIDADOS | | | (NOME DO TITULAR NÃO PRECISA) | | | *Preenchimento obrigatório | | | |
| NOME COMPLETO | | | PARENTESCO | | | DATA NASCIMENTO | | | |
| _____ | | | _____ | | | ____/____/____ | | | |
| _____ | | | _____ | | | ____/____/____ | | | |
| _____ | | | _____ | | | ____/____/____ | | | |
| _____ | | | _____ | | | ____/____/____ | | | |
| _____ | | | _____ | | | ____/____/____ | | | |
| PET FRIENDLY NOME: _____ | | | RAÇA: _____ | | | PESO: _____ | | | |
| É imprescindível o envio da carteira de vacinação no ato da reserva; | | | | | | | | | |
| TABELA DE VALORES POR PESSOA / DIÁRIA - BAIXA TEMPORADA | | | | | | | | | |
| TITULAR e DEPENDENTES (devidamente cadastrados) | | | | CONVIDADOS | | | | | |
| Maiores de 18 anos R\$ 25,00 | | | | Maiores de 18 anos R\$ 50,00 | | | | | |
| De 06 à 17 anos R\$ 20,00 | | | | De 06 à 17 anos R\$ 30,00 | | | | | |
| Até 05 anos ISENT0 | | | | Até 05 anos R\$ 15,00 | | | | | |
| DADOS DO PAGAMENTO | | *Assinale com um "X" a opção de pagamento e informe o número de parcelas | | | | | | | |
| () CARTÃO DE CRÉDITO ¹ | | PARCELADO EM: () 1x () 2x () 3x () 4x () 5x () 6x | | | | | | | |
| () BOLETO BANCÁRIO ² | | PARCELADO EM: () 1x () 2x () 3x | | | | | | | |
| () FOLHA DE PAGAMENTO ³ | | PARCELADO EM: () 1x () 2x | | | | | | | |
| () DINHEIRO | | | | | | | | | |
| FICHA DE ATIBAIA FÉRIAS - OUTUBRO / 2021 | | | | | | | | | |
| ¹ Parcela mínima no valor de R\$ 50,00 (cinquenta reais) Parcelamento em até 06x sem juros no cartão de crédito ² Opção de pagamento sujeito a análise de crédito Taxa de R\$ 3,80 por boleto Parcela mínima no valor de R\$ 50,00 (cinquenta reais) ³ Sujeito a disponibilidade de limite na folha Parcela mínima no valor de R\$ 50,00 (cinquenta reais) | | | | | | | | | |
| VALOR TOTAL DA RESERVA R\$ _____, _____ | | | | | | | | | |
| Caso eu seja contemplado(a) com a vaga em um dos Residenciais da ARCO/SPM, através do presente TERMO DE CONTRATAÇÃO DE SERVIÇO e do vínculo associativo, autorizo a ARCO/SPM a efetuar a cobrança dos valores relacionados nesta ficha de inscrição referente a minha estadia e de meus dependentes e/ou convidados no Residencial da ARCO/SPM, conforme minha escolha de opção de pagamento. Estou ciente que, caso eu faça a opção de débito em FOLHA DE PAGAMENTO, caso o débito não seja processado em minha folha, por qualquer motivo, o valor pendente será reapresentado em minha conta corrente no Banco do Brasil, Santander ou Bradesco. Caso possua conta em outros Bancos, a ARCO/SPM enviará boleto bancário com o valor do débito, acrescido de taxa administrativa de R\$ 3,80 (Três reais e oitenta centavos). Declaro que estou ciente, no caso de não pagamento, no próximo vencimento, o valor será acrescido de multa de 02% (dois por cento) e 01% (um por cento) de juros moratórios sucessivamente, sendo que o crédito junto a ARCO/SPM será bloqueado para futuras compras, reservas e/ou aquisição de produtos. A impuntualidade no pagamento de qualquer parcela, seja através do débito em folha ou boleto bancário, independentemente do motivo, dará ensejo a inscrição do nome do associado titular nos órgãos restritivos de crédito (SCPC e SERASA), bem como ensejar a cobrança do débito com acréscimo de juros, multa e correção monetária, despesas com cobranças além de honorários advocatícios e custas judiciais se necessário ingresso em juízo. Estou ciente que, se houver pendências financeiras, de qualquer natureza, em meu cadastro na Associação e, caso eu não faça a regularização do valor total atualizado do débito antes do início de minha estadia, a ARCO/SPM poderá tomar providências para cancelar minha reserva, sem necessidade de aviso prévio, cedendo a vaga para outro associado. Declaro para os devidos fins de direito, ao preencher e assinar esta ficha de inscrição, declaro que li, entendi, concordo e aceito todos os itens relacionados na FICHA DE INSCRIÇÃO, REGULAMENTO INTERNO e POLÍTICA DE CANCELAMENTO DOS RESIDENCIAIS publicados e disponíveis para consulta no site da ARCO/SPM (www.arcospm.org.br). | | | | | | | | | |
| TERMO DE CONTRATAÇÃO DA RESERVA | | | | | | RESIDENCIAL CAMPESTRE ATIBAIA | | | |
| Declaro para os devidos fins de direito, ao preencher e assinar esta ficha de inscrição, declaro que li, entendi, concordo e aceito todos os itens relacionados na FICHA DE INSCRIÇÃO, REGULAMENTO INTERNO DO RESIDENCIAL e POLÍTICA DE CANCELAMENTO DOS RESIDENCIAIS ARCO/SPM publicados e disponíveis para consulta no site da ARCO/SPM (www.arcospm.org.br). | | | | | | | | | |
| ATENÇÃO! Caso seja sorteado em mais de um Residencial e não indicar a preferência, serão canceladas automaticamente as outras inscrições sorteadas. | | | | | | | | | |
| São Paulo, _____ de _____ de 202__ __. | | | | | | | | | |
| ASSINATURA DO TITULAR *obrigatório | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| EXCLUSIVO ARCO/SPM NÃO PREENCHER | CONSULTA | Nº INSCRIÇÃO | SORTEADO | Nº CHALÉ | SUPLENTE | REGIÃO | PERÍODO CONTEMPLADO | | |
| | | | | | | | ____/____ a ____/____ | | |