

Nº

QUALIFICAÇÃO DO SUBSCRITOR - Preencha com clareza em letras de forma:

MATRICULA:	LOTAÇÃO:	
NOME:	CPF:	
RG:	DATA NASC.: NACIONALIDADE:	
END. RESID.:	Nº:	CEP:
FONE RESID.:	BAIRRO:	CIDADE:
END. COM.:	Nº:	CEP:
FONE COM.:	BAIRRO:	CIDADE:
CELULAR:	E-MAIL:	
CORRESP. () RESID. () COM.	PROFISSÃO:	ESTADO CIVIL:

DECLARAÇÃO DOS DEPENDENTES - Entende-se como dependentes diretos: esposa (o), filhos e enteados solteiros com até 21 anos de idade, pais e sogros, respeitando o limite de 07 pessoas.

Nome	Grau de Parentesco	Data Nascimento
1		
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

Declaro concordar com os termos descritos no contrato de adesão e funcionamento normativo e que fica em meu poder uma cópia do material neste ato assinado, sendo de minha responsabilidade o cumprimento das regras aqui explícitas, além da ciência de meus dependentes e convidados. Itens não previstos, serão administrados caso a caso.

VALOR DO TÍTULO	CATEGORIA	MENSALIDADE	FORMA DE PAGAMENTO
ISENTO	ESPECIAL FAMILIAR ARCO/SPM	R\$ 61,21	DÉBITO EM FOLHA

Declaro ainda estar ciente das condições de pagamento, conforme contrato de adesão e funcionamento normativo associados ARCO/SPM e SOLAZER.

_____, _____ de _____ de _____.

Representante SOLAZER

Associado ARCO/SPM