

CAIXEIROS VIAJANTES

Associação Sul-Riograndense dos Viajantes Comerciais



PEDIDO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTES

Eu (titular) _____ matrícula número _____ categoria _____ e série _____, venho respeitosamente junto a esta Diretoria, requerer a inclusão como meu/minha dependente da pessoa abaixo relacionada, pelo período que estiver estabelecido, de acordo com o grau de parentesco.

NOME	GRAU DE PARENTESCO	DATA NASC.
_____	_____	____/____/____

Razão da inclusão: _____

Declaro para os devidos fins que as informações da presente são verdadeiras, responsabilizando-me pelas mesmas de acordo com os Estatutos e Regulamento Interno da Associação.

OBS.: A exclusão do dependente, acima mencionado, só poderá ser efetuada após 6 meses de sua inclusão, exceto acompanhante.

Atenciosamente

Assinatura do Sócio

Taxa dependente () direto até 9 anos R\$ 3,05
() direto acima de 9 anos R\$ 6,10
() indireto R\$ 30,50

DESPACHO DA DIRETORIA

() APROVADO
() NÃO APROVADO

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.

Gerson Ramos Cardoso
Presidente

Funcionário: _____