

**PROPOSTA PARA ASSOCIADO**

NOME: \_\_\_\_\_

ACADÊMICO ( )      EFETIVO ( )

DTA. NASC. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. RG. \_\_\_\_\_ ORGÃO EXPEDIDOR \_\_\_\_\_.

CPF: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_.

**FILIAÇÃO:**

SEXO: MAS. ( ) FEM. ( )

**ENDEREÇO RESIDENCIAL:**

RUA: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_/\_\_\_\_.

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_.

TELEFONE: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_.

E-MAIL: \_\_\_\_\_.

**ENDEREÇO DO CONSULTÓRIO:**

RUA: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_/\_\_\_\_.

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_.

UF: \_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_.

FAX: \_\_\_\_\_.

RECEBER CORRESPONDÊNCIA: RESIDÊNCIA ( ) CONSULTÓRIO ( )

**EMPREGO**

TELEFONE: \_\_\_\_\_

***\*EM CASO DE ACADÊMICO PREENCHER DA MESMA FORMA COM DATA DA PREVISÃO DE FORMATURA, Importante Lembrar! Que automaticamente após a data de formatura o acadêmico que desejar a não continuidade como associado deverá solicitar seu desligamento, antes de receber o boleto da anuidade para que não gere débito.***

FORMADO NA FACULDADE: \_\_\_\_\_ DATA FORMATURA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

NATURALIDADE: \_\_\_\_\_ ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_.

TIPO SANGUÍNIO: \_\_\_\_\_ N.º CRO: \_\_\_\_\_ PERÍODO: \_\_\_\_\_.

## **ADMISÃO DE ASSOCIADO:**

O Formulário anexo “**PROPOSTA PARA ASSOCIADO**” deverá ser devidamente preenchido, com letras legíveis, assinado e devolvido, acompanhado de:

- 1) Uma foto 3 x 4.
- 2) **Cópia xerográfica** do registro no Conselho Regional de Odontologia (CRO), ou no caso de acadêmico, declaração da faculdade constando ano série que esteja cursando e cópia de identidade e CPF.
- 3) **Cópia xerográfica do comprovante de endereço.**
- 4) Declaração de outra ABO, quando não residente à cidade.
- 5) Pagamento do valor abaixo especificado, no ato da inscrição referente a **ANUIDADE** do ano vigente.

## **VALORES:**

ASSOCIADO EFETIVO-----R\$170,00

ASSOCIADO ACADÊMICO----- Isento

## **QUANDO, ONDE E COMO PAGAR A ANUIDADE**

A anuidade deverá ser paga até o sexto mês do ano à Associação Brasileira de Odontologia – Regional Juiz de Fora – Sede situada à R: Eurico Viana, 14 – Vitorino Braga – Juiz de Fora, o pagamento é feito á vista ou a prazo com cheque nominal á ABO ou através de boleto bancário emitida pela entidade.

## **PARA SE DESLIGAR DA ABO**

O associado (INDEPENDENTEMENTE DE SUA CATEGORIA) deverá entrar em contato com a ABO, fazer o pedido de desligamento por escrito, sendo necessário que o mesmo esteja em dia com a tesouraria da entidade.

## **VANTAGENS**

O associado tem direito de receber correspondências, convites, jornal, revista, participar de eventos científicos, culturais e sociais, congressos, convênios e etc...

**OBS: O associado deverá comunicar a ABO eventual mudança de endereço.**

### **• LEIA O ESTATUTO PARA SABER DOS SEUS DIREITOS E DEVERES.**

Me comprometo a ler o estatuto da Associação Brasileira de Odontologia – Regional Juiz de Fora, disponível no site [www.abojf.com.br](http://www.abojf.com.br), para saber dos meus DIREITOS e DEVERES junto à essa Entidade.

Declaro não ser associado de outra ABO, isentando assim a ABO Regional Juiz de Fora de qualquer responsabilidade.

Declaro estar ciente, sobre as informações citadas acima.

Juiz de Fora, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Ass: \_\_\_\_\_.