



## FICHA DE CADASTRO PARA SÓCIO ORDINÁRIO

I- DA ADESÃO DAS PARTES PROPONENTES: DE UM LADO, FAMIL/DF - Federação da Família Militar do Distrito Federal ESTABELECIDADA NO SCLN 302 - Bloco B - Sala 101 - CEP 70723-520 - TELEFONE (61) 3327-3409, E-mail: famildf@famildf.com.br. E DE OUTRO:

NOME DO MILITAR QUE DEFINE O VÍNCULO ASSOCIATIVO: \_\_\_\_\_

POSTO / GRADUAÇÃO: \_\_\_\_\_

IDENTIDADE Nº \_\_\_\_\_

TITULAR: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

SEXO: M ( ) F ( ) CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

EST.CIVIL: C ( ) S ( ) D ( ) V ( ) DATA DE NASC.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FONE RESIDENCIAL: ( ) \_\_\_\_\_ CELULAR: ( ) \_\_\_\_\_

ENDEREÇO RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

A título de taxa associativa, apenas o Titular pagará a FAMIL-DF um valor mensal de R\$ 20,00 (Vinte Reais), para os benefícios de Plano de Saúde, Plano de Odontologia e outros benefícios ofertados pela FAMIL – DF para sócio especial, a ser pago, via boleto bancário junto com a mensalidade do plano de saúde.

Declaro para os devidos fins que estou ciente da taxa mensal estipulada no valor de: R\$ \_\_\_\_\_ referente à minha inscrição como titular.

Declaro estar ciente também de que terei direito aos benefícios ofertados pela FAMIL-DF para sócio ordinário somente quando meu contrato com esta instituição estiver ativo e com as mensalidades em dia. Autorizo minha inscrição ao quadro associativo da FAMIL-DF.

QUEM PODE SER SÓCIO ORDINÁRIO DA FAMIL-DF, desde que comprovado o vínculo com o militar informado na presente ficha associativa:

- o cônjuge ou companheiro (a) de união estável;
- a pessoa separada judicialmente, divorciada, ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
- os(as) filhos(as), enteados(das) e netos(as) e seus respectivos cônjuges ou companheiros(as); e
- o menor sob guarda ou tutela concedida por decisão judicial

---

Assinatura do Associado