



Itaipava Tênis Clube

CONSIDERADO DE UTILIDADE PÚBLICA
FUNDADO EM 10-03-44

C.N.P.J.: 31.169.261/0001-63
Estr. das Arcas s/nº - Pça. de S^{ta} Mônica - Itaipava - Petrópolis - RJ.
Cep. 25745-300 Tel/Fax: (24) 2222-2019
e-mail: itc@compuland.com.br
www.itaipavatenisclube.com.br

Aquisição	()
Transferência	()

O Sócio _____ Título N° _____

propõe para Sócio Proprietário do **ITAIPAVA TÊNIS CLUBE**:

Nome:	_____	Data de nascimento:	___/___/___		
C.P.F.:	_____	C.I.:	_____	Órgão emissor:	_____
Filiação:	_____	&	_____		
Profissão:	_____	Nome da firma:	_____		
Nacionalidade:	_____	Natural de:	_____	Estado civil:	_____
Endereço residencial:	_____				
Bairro:	_____	CEP:	_____	Tel.:(____)	____/____
Endereço profissional:	_____				
Bairro:	_____	CEP:	_____	Tel.:(____)	____/____
Endereço para correspondência:	_____				
Bairro:	_____	CEP:	_____	Tel.:(____)	____/____
E-mail:	_____				

DEPENDENTES:

Observação importante: Só deverão ser indicadas como dependentes, pessoas que tiverem os seguintes graus de parentesco: esposo, esposa, filhos (menores de 25 anos), mãe e ou sogra viúva.

Nome do dependente:	Grau de parentesco:	Data de nascimento:

Itaipava, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do proponente

Assinatura do adquirente

Para ser preenchido pelo adquirente:

1) Participa de outras agremiações? Sim Não

Quais? _____

2) Em caso afirmativo, desde quando: _____

3) Referências (comerciais, bancárias ou pessoais):

Nome:	Agência / Endereço:	Telefone:

4) Possui pessoas de suas relações que sejam sócias deste clube? Sim Não

Nomes:

5) Rendimentos familiares:

	R\$
	R\$
	R\$
	R\$
Total:	R\$

Importante:

A presente proposta somente será analisada / despachada, quando acompanhada de xerox dos seguintes documentos:

Documentos exigidos:	Data de entrega:
Carteira de identidade;	___/___/___
CPF.;	___/___/___
Último contracheque ou comprovante de Imposto de Renda;	___/___/___
Comprovante de residência (última conta de luz, gás ou telefone);	___/___/___
Certidão de casamento;	___/___/___
Certidão de nascimento dos dependentes;	___/___/___
01 fotos 3x4 dos dependentes e titular p/ fichas e carteiras	___/___/___
Exame médico do titular, dependentes e convidados.	___/___/___

Aprovada em reunião do dia: _____ de _____ de 20__.

NÚMERO DO TÍTULO:

Presidente

Secretário

Tesoureiro