

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS TERAPEUTAS
Sociedade Brasileira de Medicina Alternativa
Cadastro Nacional de Terapeutas - CNT

Diário Oficial da União, Seção III, Pág. 103 de 18/18/2003.



Manifesto através desta **FICHA DE FILIAÇÃO** meu interesse de participação nesta entidade de classe profissional e solicito minha inclusão e registro no **CNT – CADASTRO NACIONAL DE TERAPEUTAS**, conforme publicado no **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, seção III, pág. 103, de 18/08/2003.**

IDENTIFICAÇÃO

Nome Completo:

Data de nascimento:

Estado Civil:

CPF

RG

SSP/

Naturalidade:

Nacionalidade:

Nome da Mãe:

Nome do Pai:

E-mail:

Site:

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Endereço:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Tel. Residencial:

Tel. Residencial 2:

Tel. Celular:

ENDEREÇO COMERCIAL

Endereço:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Tel. Comercial:

Tel. Comercial 2:

Declaro ser Terapeuta Certificado nas Técnicas Abaixo:

PAGAMENTO DA CONTRIBUIÇÃO ANUAL POR DEPÓSITO BANCÁRIO (Válida por 12 meses)

*Declaro estar ciente que a renovação do registro é AUTOMÁTICA e que em caso de desligamento devo comunicar meu descredenciamento antes do vencimento.

BANCO ITAÚ		DOCUMENTOS NECESSÁRIOS (CÓPIAS SIMPLES)		
AGÊNCIA	0237	01	CPF E RG	Envie a documentação com esta ficha preenchida e as fotos para a Sede Nacional: RUA SÃO BENTO Nº 470, SALA 810 SÃO PAULO – SP CEP 01010-001
CONTA	29.389-9	02	COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA	
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL		03	CÓPIA DOS CERTIFICADOS	
AGÊNCIA	1635	04	Três FOTOS 3X4 (com nome no verso)	
OPERAÇÃO	013	05	CÓPIA DO COMPROVANTE DE DEPÓSITO NO VALOR DE R\$ 499,00	
CONTA	6511-8			

Depósito efetuado na data de: ____/____/____ no banco _____

Declaro que as informações acima prestadas são a expressão da verdade, sob as penas da Lei, estou ciente dos meus direitos e deveres como filiado, conforme Estatuto da ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS TERAPEUTAS e me comprometo a respeitar seu Estatuto e as Leis vigentes do meu País. Declaro ainda que meus certificados são legalmente regulares e me comprometo a pagar a contribuição anual enquanto me mantiver filiado.

Cidade: _____ **Data:** _____

Assinatura do Terapeuta : _____

CNT Nº.	Validade	Secretaria	Tesouraria	Recebido em

DOCUMENTO OFICIAL
VÁLIDO SOMENTE COM A
CHANCELA EM RELEVO

ESPAÇO RESERVADO
P/ANT

PRESIDENTE: _____

APROVADO EM ____/____/____