

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:

O PAGAMENTO DA CONTRIBUIÇÃO ANUAL É VÁLIDA POR DOZE MESES A PARTIR DA INSCRIÇÃO

*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	
AGÊNCIA	0237
CONTA	29.389-9
CNPJ: 05.552.577/0001/20	
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	
AGÊNCIA	1635
OPERAÇÃO	013
CONTA	6511-8
CPF: 128 274 838 66	

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS (FOTO OU DIGITALIZAÇÃO)	
01	CPF E RG
02	COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
03	CÓPIA DOS CERTIFICADOS
04	FOTO NÍTIDA COM FUNDO BRANCO
05	CÓPIA DO COMPROVANTE DE DEPÓSITO OU TRANSFERÊNCIA NO VALOR DE R\$ 599,00 OU PAGUE PELO LINK ABAIXO EM ATÉ 12 PARCELAS: https://pag.ae/7WkL8DR-n

Envie a documentação com esta ficha preenchida por meio digital (e-mail ou WhatsApp: 11 983607333)

Sede Nacional:
**RUA SÃO BENTO Nº 470,
SALA 810
SÃO PAULO – SP
CEP 01010-001**

registro@terapeutas.org.br

Depósito/Transferência 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 : _____

CAMPO PARA USO EXCLUSIVO DA ANT

CNT Nº.	Validade	Secretaria	Tesouraria	Recebido em
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DOCUMENTO OFICIAL
VÁLIDO SOMENTE COM A
CHANCELA EM RELEVO

ESPAÇO RESERVADO
P/ANT

PRESIDENTE: _____

APROVADO EM ____/____/____