



PROPOSTA DE AFILIAÇÃO

Nome:.....

Filiação:.....

Data de Nascimento:.....Tipo Sanguíneo:.....

RG:.....CPF.....

Formação/Escolaridade:.....

Endereço Residencial

Rua:.....

Número:.....Complemento:.....

Bairro:.....Cidade:.....Estado:.....

CEP:.....Telefone: ().....Celular: ().....

E-mail:.....

Endereço Profissional

Rua:.....

Número:.....Complemento:.....

Bairro:.....Cidade:.....Estado:.....

CEP:.....Telefone: ().....Celular: ().....

Compromete-se em respeitar o Código de Conduta dos Terapeutas e o Estatuto do SINTER-RS

() sim () não

.....de.....de.....

Assinatura

Habilitação:

Aprovado: ()

Pontuação:.....