



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: