



Instituto Recupera Brasil

A Serviço do Direito na
Recuperação de Empresas

Código: _____/Senha: _____/Tipo: _____

PROPOSTA DE ASSOCIAÇÃO

Nome: _____
RG: _____ CPF: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____
CEP: _____ Caixa Postal: _____ Fone: _____
E-mail: _____

Desejo aderir ao quadro social do Instituto Recupera Brasil, gozando dos direitos e deveres constantes nos Estatutos Sociais, mediante o pagamento de mensalidade no valor de 10% do salário mínimo R\$ _____, bem como o pagamento dos serviços utilizados. A contribuição será realizada conforme determinado quando da assembleia da associação e na medida da necessidade de caixa para eventual cobertura dos projetos para a execução dos fins sociais

Caso o Associado renuncie a filiação, sem a formalização exigida ou deixe de pagar as mensalidades por seis meses, será excluído do quadro de associados, e em seguida registrado no SCPC com valores correspondentes à soma das mensalidades em atraso, acrescida dos valores dos serviços utilizados.

São Paulo, ____ de _____ de 2017.

NOME/ASSINATURA