



SECRETARIA / PROTOCOLO	DIRETORIA JURÍDICA	SECRETARIA / ARQUIVO
Nº _____ ____/____/____	PEDE DEFERIMENTO ____ Sem ônus ____ Com _____ TMD Validade até ____/____/____ Data ____/____/____	Em ____/____/____
Funcionário	Gerência de Secretaria	Gerente

Sr. Presidente do Santa Mônica Clube de Campo,

Dados do Associado

Nome:	Título	Registro
-------	--------	----------

Atualize seu cadastro! (se necessário)

Rua		Nº	CEP
Complemento		Cidade	Estado
Telefone residencial	Telefone comercial	Telefone celular	E-mail

vem respeitosamente na forma dos dispositivos do Estatuto do Santa Mônica Clube de Campo,

REQUERER:

DEPENDENTE UNIVERSITÁRIO – Artigo 18º do Estatuto. Para seu filho maior, com idade até atingir 25 anos, e solteiro, anexando fotocópia de sua Cédula de Identidade e obrigatoriamente a declaração da faculdade ou do curso pré-vestibular, especificando se este é semestral ou anual. Declara estar ciente de que a dependência tem validade restrita ao período declarado e de que sua renovação é condicionada a apresentação de declaração da faculdade no início de novo período letivo. **Conforme parágrafo 1º do mesmo artigo, a inclusão sem ônus não tem efeito retroativo. Passa a vigorar a partir da data do protocolo do pedido, na secretaria.**

Período do curso: () 1º semestre () 2º semestre () Anual

Dados do dependente

Nome	Data de nascimento	Idade	Registro
------	--------------------	-------	----------

EXCLUSÃO DE DEPENDENTE

Esposo(a): Averbação de separação, Formal de Partilha ou Carta do dependente solicitando a exclusão do cadastro.

Companheiro (a): Carta do dependente solicitando a exclusão do cadastro.

NOME DO DEPENDENTE	GRAU DE DEPENDÊNCIA	IDADE	REGISTRO

**INCLUSÃO DE DEPENDENTES (DIRETOS, INDIRETOS E TEMPORÁRIOS).**

Emissão de Cédula de Freqüência ao Clube para o(s) dependente(s) abaixo relacionado(s) com a documentação correspondente em anexo, conforme especificação e resoluções que amparam a referida inclusão.

- **Pai/Mãe:** cópia do RG dos pais e cópia da RG do associado. Pagamento individual de 30% da T.M.D.
- **Sogro(a):** cópia da certidão de casamento do associado(a) e cópia do RG do(s) sogro(s). Pagamento individual de 30% da T.M.D.
- **Avô(a):** cópia do RG dos pais, RG do avô(a) e o RG do associado. Pagamento individual de 30% da T.M.D.
- **Irmão(ã):** cópia do RG do irmão(ã) e do associado. Irmão(ã) até 11 anos com 30% da T.M.D., de 12 a 18 anos, pagamento individual de 50% da T.M.D.
- **Noivo(a):** declaração de noivado firmada pelo titular e cópia do RG do noivo(a). 1º ano isento e a partir do 2º ano com pagamento individual de 30% da T.M.D.
- **Noivo(a) de dependente direto:** declaração de noivado firmada pelo titular e cópia do RG do noivo(a). Pagamento individual de 30% da T.M.D, por período de 12 meses, sem renovação.
- **Neto(a):** cópia da certidão de nascimento e do RG dos pais. Menores de 11 anos isento, de 12 a 18 anos com pagamento individual de 30% da T.M.D).
- **Companheiro(a):** cópia do RG do companheiro(a) e declaração de vida em comum firmada pelo associado Sem ônus. **Obs:** Se no cadastro constar ex-marido ou ex-mulher ainda como dependente, o requerente deve primeiro pedir a exclusão, apresentado Formal de Partilha ou carta do dependente solicitando sua exclusão.
- **Enteado(a):** cópia da certidão de nascimento ou RG (mesmo procedimento da inclusão de filho);
- **Filho(a) maior de idade:** cópia do RG. Pagamento de 30% da T.M.D. Filha com qualquer idade, enquanto solteira e filhos até 30 anos.
- **Sobrinho(a):** cópia da certidão de nascimento e RG do sobrinho (neste caso apresentar cópia do RG do pai/mãe do sobrinho), cópia da certidão de casamento do associado (documentação que comprove o grau de parentesco). Até 11 anos com pagamento individual de 30% , de 12 a 18 anos com pagamento individual de 50% da T.M.D.
- **Intercambista:** cópia do passaporte e declaração de intercambista da Instituição responsável. Menores de 18 anos, sem ônus.
- **Babá e Assistente de Saúde:** cópia do RG e carteira de trabalho registrada ou contrato de trabalho. Com 30% da T.M.D. Para babá é necessário ter dependentes menores de 8 anos no cadastro.
- **Familiar especial:** cópia do atestado médico e RG, sem ônus.
- **Motorista:** cópia do RG e carteira de trabalho registrada ou contrato de trabalho. É permitido apenas o ingresso na área territorial. Vedado o uso das dependências de lazer.

NOME DO DEPENDENTE	GRAU DE DEPENDÊNCIA													DATA DE NASCIMENTO					
	PAI	MÃE	FILHO(A)	SOGRO(A)	IRMÃO(A)	COMPANHEIRO(A)	ENTEADO(A)	NETO(A)	NOIVA(O) DE ASSOCIADO	NOIVA(O) DE FILHO(A) DE ASSOCIADO	SOBRINHO	INTERCAMBISTA	BABÁ		ASSISTENTE DE SAÚDE	MOTORISTA	FAMILIAR ESPECIAL	OUTROS	IDADE

Nestes termos , pede deferimento.

Colombo, ____ de _____ de _____

(Assinatura do Titular)

