



Associação Parkinson do Rio Grande do Sul – APARS

Av. Taquara, 110, sala 402. Bairro Petrópolis.

Porto Alegre/RS. CEP: 90460-210

(51) 3061.0535 (51) 9.9927.2188

apars@apars.org.br

www.apars.org.br

TERMO DE ADESÃO DE ASSOCIADO(A)

REGISTRO: _____

Nome Completo: _____ FOTO

RG: _____ Expedido em: ____/____/____

CPF: _____ Carteira Funcional: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Natural de _____

Endereço: _____, Nº _____, complemento
_____. Bairro _____, Cidade: _____/RS

CEP: _____

Profissão: _____

Telefone: (____) _____ (____) _____

Data de Diagnóstico: mês/ano _____

Médico Responsável: _____

Nome de 1 Familiar: _____ Grau de Parentesco: _____

Telefone de um Familiar: (____) _____ (____) _____

E-mail do familiar: _____

É aposentado(a)? _____

Se sim qual é o tipo de aposentadoria: _____

Possui plano de Saúde? _____ Se sim, qual: _____

Marcar os profissionais que realiza tratamento:

- () Fonoaudiólogo
- () Fisioterapeuta
- () Terapeuta Ocupacional
- () Psicólogo
- () Educador Físico



Associação Parkinson do Rio Grande do Sul – APARS

Av. Taquara, 110, sala 402. Bairro Petrópolis.

Porto Alegre/RS. CEP: 90460-210

(51) 3061.0535 (51) 9.9927.2188

apars@apars.org.br

www.apars.org.br

() Outros: _____

Tem interesse em fazer atividades na Associação? _____

Concorda com uma contribuição mensal de R\$ 30,00 (trinta reais)? _____

Como ficou sabendo da Associação? _____

Recebe medicamentos pelo SUS? _____

Faz tratamentos pelo SUS? _____

Busca tratamento em algum hospital? _____

Gostaria de indicar a Associação para alguém? Se sim, indicar nome e telefone.

OBS: _____

ASSINATURA DO ASSOCIADO: _____


NOME DO ASSOCIADO: _____



Associação Parkinson do Rio Grande do Sul – APARS

Av. Taquara, 110, sala 402. Bairro Petrópolis.

Porto Alegre/RS. CEP: 90460-210

(51) 3061.0535 (51) 9.9927.2188 

apars@apars.org.br

www.apars.org.br

ANEXO I - TERMO DE ADESÃO DE ASSOCIADO CONTRIBUINTE

EU, _____, declaro, com este termo, que vou CONTRIBUIR como Associado da Associação Parkinson do Rio Grande do Sul – APARS, da seguinte forma:

- () Mensalmente, o valor de R\$ 30,00 (trinta reais);
- () Trimestralmente, o valor de R\$ 90,00 (noventa reais);
- () Semestralmente, o valor de R\$ 180,00 (cento e oitenta reais);
- () Anualmente, o valor de R\$ 360,00 (trezentos e sessenta reais);

Ao depositar a anuidade, favor encaminhar o comprovante para o e-mail: apars@apars.org.br, ou pelo what's app: (51) 9.9927.2188. Assim que for encaminhado o comprovante de pagamento, a APARS, irá enviar ao associado, pelo e-mail informado na ficha de cadastro, recibo do valor depositado.

OBS: A taxa de contribuição esta sujeita a reajustes anuais, que serão informados com antecedência aos Associados. A contribuição adiantada não exime o Associado do pagamento da taxa de reajuste anual.

ASSINATURA DO ASSOCIADO: _____


CPF DO ASSOCIADO: _____



Associação Parkinson do Rio Grande do Sul – APARS

Av. Taquara, 110, sala 402. Bairro Petrópolis.

Porto Alegre/RS. CEP: 90460-210

(51) 3061.0535 (51) 9.9927.2188 

apars@apars.org.br

www.apars.org.br

ANEXO II - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Eu, _____, portador da Cédula de Identidade nº _____, inscrito no CPF sob nº _____, residente à Rua _____, nº _____, na cidade de _____/RS, AUTORIZO o uso de minha imagem, e de meus familiares (que me acompanharem em eventos, tarefas, atividades, ofertadas pela APARS ou seus patrocinadores) . A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades e, em destaque, das seguintes formas: (I) home page; (II) cartazes; (III) divulgação em geral. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro.

Porto Alegre, _____ de _____ de 20____.


ASSINATURA DO ASSOCIADO: _____



Associação Parkinson do Rio Grande do Sul – APARS

Av. Taquara, 110, sala 402. Bairro Petrópolis.

Porto Alegre/RS. CEP: 90460-210

(51) 3061.0535 (51) 9.9927.2188 

apars@apars.org.br

www.apars.org.br

ANEXO III - TERMO DE CONCORDÂNCIA PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES

EU, _____, declaro, com este termo, que AUTORIZO a Associação Parkinson do Rio Grande do Sul – APARS, a divulgar meu nome, telefone, endereço e endereço eletrônico a entidades e pessoas garantidoras dos meus direitos como Portador(a) de Parkinson. Autorizando, também, o envio de correspondências informativas sobre temas relacionados a Parkinson.

ASSINATURA DO ASSOCIADO: _____

CPF DO ASSOCIADO: _____