



**ASSOCIAÇÃO DE VETERANOS DO CORPO DE FUZILEIROS NAVAIS**  
CRIADA EM: 04/05/1972 FUNDADA EM 07/10/1995 C.N.P.J. 01.678.208/0001-27  
Praça Barão de Ladário, S/N – Ilha das Cobras – Centro - Rio de Janeiro –RJ - Brasil  
CEP- 20.091-000 - Tel: (21) 99076-6701 / 99076-6585  
Site: [www.avcfm.com.br](http://www.avcfm.com.br) E- mail: [gerente@avcfm.com.br](mailto:gerente@avcfm.com.br)

**FICHA DE INSCRIÇÃO / RECADASTRAMENTO Nº: \_\_\_\_\_**

<b>Sede/SR:</b> _____		<b>MEMBRO:</b> NATO <input type="checkbox"/> EFETIVO <input type="checkbox"/>			
<b>Q U A L I F I C A Ç Ã O</b>	NOME: _____				
	POSTO/GRADUAÇÃO: _____			ESPECIALIDADE: _____	
	NIP: _____	CPF: _____		IDENTIDADE: _____	
	DATA NASCIMENTO: _____			TIPO SANGUE: _____	
	ENDEREÇO: _____				
	COMPLEMENTO: _____			BAIRRO: _____	
	CIDADE: _____	ESTADO: _____		CEP: _____	
	TELEFONE: _____	CELULAR: _____		CELULAR: _____	
	E-MAIL: _____			NOME DE GUERRA: _____	
	EM CASO DE ACIDENTE FALAR COM: _____				
TELEFONE PARA CONTATO EM CASO DE ACIDENTE: _____					
<b>SITUAÇÃO:</b> ATIVA <input type="checkbox"/> RM1 <input type="checkbox"/> REF: <input type="checkbox"/> RM2 <input type="checkbox"/> CIVIL <input type="checkbox"/> OUTRAS FORÇAS <input type="checkbox"/>					

**COMPROMISSO E AUTORIZAÇÃO**

Atesto meu compromisso de, uma vez aceito como Associado Efetivo da AVCFN, cumprir as normas vigentes no âmbito da AVCFN.

Autorizo o desconto mensal em meu Bilhete de Pagamento da respectiva mensalidade social.

Efetuarei pagamento com Desconto continuado em meu cartão de crédito.

**DESEJO PARTICIPAR DOS EVENTOS / ATIVIDADES DA AVCFN**

EXERCÍCIOS OPERATIVOS <input type="checkbox"/>	CONFRATERNIZAÇÕES <input type="checkbox"/>	VISITAS À OM <input type="checkbox"/>
CERIMÔNIAS MILITARES <input type="checkbox"/>	PASSEIOS PRIVADOS <input type="checkbox"/>	FUNERAIS <input type="checkbox"/>
ACISO <input type="checkbox"/>	OUTROS: _____ <input type="checkbox"/>	

Local e data: \_\_\_\_\_, em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Proposto

**MEMBRO PROPONENTE**

**NOME:** \_\_\_\_\_ **MATRICULA:** \_\_\_\_\_

Atesto que o proposto acima identificado compartilha dos valores do CFN e tem boa conduta.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**APROVAÇÃO**

Data da reunião da Dadm \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_. Ata nº \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Presidente da SR / Primeiro  
Secretário da DAdm

\_\_\_\_\_  
Presidente Nacional

**NÃO APROVADO**