



APADRINHAMENTO

DIGA UM POUCO SOBRE VOCÊ:

Nome:

CPF/CNPJ:

Endereço:

Bairro:

Telefone:

E-mail:

Cidade:

COMECE ESCOLHENDO O VALOR DA SUA DOAÇÃO:

☐ R\$ 120,00 MENSAL

☐ R\$ 660,00 SEMESTRAL

☐ R\$ 1200,00 ANUAL

☐ R\$ OUTRO VALOR

Escolha sua forma de pagamento:

PIX/CARTÃO EM ATÉ 12×

•APADRINHAR É ABRAÇAR UMA CAUSA PELA QUAL É POSSÍVEL CONTRIBUIR DIRETAMENTE PARA O CUIDADO DE UMA CRIANÇA OU ADOLESCENTE QUE NECESSITA DE NOSSA AJUDA.

Quantas crianças deseja apadrinhar:

() 01 criança () 02 crianças () 03 crianças

O instituto ABBA PAI AUTISTA AGRADECE SUA PARCERIA E COLABORAÇÃO E CONVIDA VOCÊ A CONHECER NOSSAS INSTALAÇÕES.