

Nome		Nascimento	
		/ /	
RG	CPF		
Título de Eleitor	Estado Civil		
Endereço para correspondência		Bairro	
CEP	Cidade	UF	
E-mail			
DDD	Tel. Res.	Tel. Com.	Celular
Filiação (pai)			
Filiação (mãe)			
Nome da Empresa		Profissão	

Solicito minha filiação à ABRAESA (Associação Brasileira de Indústria, Comércio e Serviços para Excelência da Reparação Automotiva) e declaro para os devidos fins de direito, que as informações acima fornecidas são verdadeiras. Estou ciente do título de filiação e que pagarei junto ao boleto do plano de saúde o valor de R\$ 3,00 (três reais) mensais.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Associado