



ABAEC

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE
ASSISTÊNCIA AOS EMPREGADOS
DO COMÉRCIO

FOTO

FICHA DE CADASTRO

| | | | |
|--------------------------------|-----------|------------|-----------------|
| Nome | | | |
| Inscrição nº | Profissão | Data | |
| Espécie de Negócio | | | |
| Pai | | | |
| Mãe | | | |
| Data Nascimento | RG | CPF | CGC |
| Nacionalidade | | Natural de | |
| Estado Civil | | | Data casamento |
| Nome do cônjuge | | | Data nascimento |
| Nome do(s) filho(s) | | | |
| Data nascimento do(s) filho(s) | | | |

CONTATO

ENDEREÇO RESIDENCIAL

| | |
|---------------|-------------|
| Rua / Avenida | |
| Bairro | Complemento |
| Cidade | CEP |

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

| | |
|---------------|-------------|
| Rua / Avenida | |
| Bairro | Complemento |
| Cidade | CEP |

TELEFONES

| | |
|-------------|-----------|
| Residencial | Comercial |
| E-mail | Celular |

Valor da taxa associativa de R\$ 3,00*.
*Estou ciente do valor da filiação e que pagarei
ao boleto do plano de saúde o valor acima.

Assinatura do Sócio: