



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS EDUCADORES DE INSTITUIÇÕES DE ENSINO PÚBLICO E PARTICULAR.

FICHA DE CADASTRO / FILIAÇÃO

NOME ASSOCIADO:				
ASSOCIAÇÃO:		MATRICULA:	DATA NASC:	ESTADO CIVIL:
ENDEREÇO:			BAIRRO:	
Nº:	COMPLEMENTO	CIDADE:	UF:	CEP:
TELEFONE FIXO:		CELULAR:	CELULAR:	
FILIAÇÃO (PAI):				
FILIAÇÃO (MÃE):				
NATURALIDADE:	UF:	CPF:	RG:	ORGÃO EXP:
E-MAIL:				

DEPENDENTES* (Preencher somente, quando for aderir plano de saúde)

DEPENDENTE- NOME	PARENTESCO	SEXO	DATA NASCIMENTO

Declaro aceitar as condições constantes no Estatuto ABEFINE, comprometendo-me a cumprir e fazer com que sejam cumpridas nas esferas de minha responsabilidade.

Local, Data

Assinatura do Associado