



**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS PROFISSIONAIS  
LIBERAIS.**

**FICHA DE CADASTRO / FILIAÇÃO**

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

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

<b>DEPENDENTE- NOME</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>SEXO</b>	<b>DATA NASCIMENTO</b>

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

\_\_\_\_\_  
Local, Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Associado