



## FICHA DE FILIAÇÃO

### DADOS PESSOAIS:

|              |                |    |
|--------------|----------------|----|
| Nome         |                |    |
| Nascimento   | Nacionalidade  |    |
| CPF          | Natural de     |    |
| RG           | Órgão Emissor  | UF |
| Expedida em  | Estado Civil   |    |
| Nome do Pai  |                |    |
| Nome da Mãe  |                |    |
| Endereço     |                |    |
| Bairro       | Cidade/UF      |    |
| CEP          | Fone fixo      |    |
| Fone celular | Fone comercial |    |
| E-mail       |                |    |

Fico ciente, em caso de inadimplência em relação à ABRAPREV, ou com qualquer empresa de prestação de serviço contratada ou conveniada em favor do associado, de que o valor devido à ABRAPREV, ou às citadas empresas, será descontado do resultado obtido com qualquer das ações protocolizadas em meu benefício.

---

Assinatura do associado