|  |
| --- |
| **CONTRATANTE** |
|  |  |  |
| **Titular:**      | **Data de Nascimento:**       |
| **Nome da Mãe:**       |
| **CPF:**      |  **Carteira RG:**      |
| **Estado Civil:**       | **Natural:**       |
| **Profissão:**      |
| **Endereço Residencial:**      | **Bairro:**      |
| **Cidade:**      | **Estado:**   | **CEP:**      | **Telefone:**       |
|  | **Celular:**       |
|  |  |
| **LOCAL DE TRABAHO (CONVÊNIO)** |  |
| Associação Brasileira de Indústrias e Fornecedores **- UNINDUSTRIA** | **Telefone: 54 21065982** |

 **DEPENDENTES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome:**      | **Data de Nascimento:**       |
| **Nome da Mãe:**      | **Relação de Dependência:**       |
| **CPF:**      |  **Carteira RG:**       |
|  |
| **Nome:**      | **Data de Nascimento:**       |
| **Nome da Mãe:**      | **Relação de Dependência:**       |
| **CPF:**      |  **Carteira RG:**       |
|  |
| **Nome:**      | **Data de Nascimento:**       |
| **Nome da Mãe:**      | **Relação de Dependência:**       |
| **CPF:**      |  **Carteira RG:**       |
|  |

**OBS:**

|  |
| --- |
| Declaro, ainda, por mim e pelos meus dependentes inscritos acima, que são verdadeiras as informações prestadas.  |
|  ERECHIM / RS, 01/11/2017     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Local e Data Assinatura do usuário titular |
|  Carimbo e assinatura da Unindústria |   |