

CAAP

Caixa de assistência aos aposentados
e pensionistas

Nome do Proponente:			
Estado Civil:	Data de Nascimento:	RG:	CPF:
Endereço:			Nº
Bairro:	Cidade:		UF:
CEP:		Matrícula Beneficiário:	
Fone Residencial:		Celular:	
E-mail:			

PLANO ASSOCIATIVO

REQUEIRO minha filiação à CAIXA DE ASSISTÊNCIA AOS APOSENTADOS E PENSIONISTAS Denominada CAAP, CNPJ 04.721.637/0001-28 Localizada na R. Pedro Borges, Nº 30, Sala 1001 - 10º andar, Centro, Fortaleza – Ceará, CEP: 60.055-110.

Ao assinar este termo associativo declaro estar ciente do mesmo e que através dele serei assistido pelos benefícios oferecidos pela entidade e participando dos ensejos, lutas e defesa da classe.

Local

Data

Sócio

R. Pedro Borges, Nº 30, Sala 1001 - 10º andar, Centro, Fortaleza - Ceará.

CEP: 60.055-110.

Fone: 0800 580 3639

caap.brasil@gmail.com