

## Proposta Associativa

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ TELEFONE: ( ) \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

Solicito a minha inclusão e dos meus dependentes no cadastro da ANTRACC – Associação Nacional dos Trabalhadores da Construção Civil inscrita no CNPJ sob nº 32. 116.932/0001-08. Declaro estar ciente que a ANTRACC é uma entidade de profissionais da construção civil sem fins econômicos e que minha contribuição mensal visa a manutenção da entidade, bem como possibilita a utilização dos benefícios proporcionados pelos convênios celebrados pela ANTRACC. Sou responsável pela veracidade das declarações e informações acima prestadas e declaro que sou profissional da construção civil.

Caso eu venha aderir ao plano de saúde coletivo por adesão através da entidade, solicito que a contribuição associativa seja inserida junto com a cobrança do plano solicitado.

Estou ciente que não tenho direito a voto nem ser votado para qualquer cargo da entidade.

Concordo com a Contribuição Associativa no valor de R\$ 5,00 reais (cinco reais) mensal.

Cópia do RG, CPF, comprovante de residência e documento comprobatório: RPA, contrato de serviço, carteira do conselho ou diploma.

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

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

  
\_\_\_\_\_  
Diretoria Executiva

**E-mail: [anatracc@elegibilidadebrasil.org](mailto:anatracc@elegibilidadebrasil.org)**

**[elegibilidadebrasil.org/antracc](http://elegibilidadebrasil.org/antracc)**

**(21) 96470-1758 (whatsapp)**