

1. DADOS DO ASSOCIADO TITULAR:

Nome Completo: _____

RG: _____	CPF: _____
Lotação (CAT/CE): _____	Telefones: _____

Grau de Relacionamento com a AESSP/SESI:

Funcionário Ativo
 Funcionário Inativo (Aposentado ou Ex Empregado)

Dependente de Funcionário Ativo
 Dependente de Funcionário Inativo

Ex Dependente de Funcionário Ativo
 Ex Dependente de Funcionário Inativo

2. DADOS DO SOLICITANTE:

Nome Completo: _____

RG: _____	CPF: _____
Lotação (CAT/CE): _____	Telefones: _____

(*) Caso seja dependente de associado titular as duas assinaturas são obrigatórias.

Assinatura do (a) Dependente

Assinatura do (a) Associado Titular

3. DADOS DA AESSP:

Razão Social: **Associação dos Empregados e Ex Empregados do Sesi do Estado de São Paulo**
 CNPJ: **11.473.205/0001-00**
 Sede AESSP: **Av. Getúlio Vargas, S/nº, Jd. Piratininga – Osasco/SP – CEP: 06233-020**
 Secretaria AESSP: **Rua Catumbi, nº 318, Belém – São Paulo – CEP: 03021-000**

Declaramos para os devidos fins que as informações citadas acima são verdadeiras:

Carimbo do CNPJ

Gerência / Secretaria AESSP

4. PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA ASSOCIAÇÃO:

Declaramos a **VIVAZ ESTÉTICA CORPORAL**, que a pessoa física citada acima é associada à **AESSP – Associação dos Empregados e Ex Empregados do Sesi do Estado de São Paulo**, podendo assim obter o desconto variável de **15% até 25%** nos pacotes oferecidos nessa parceria.

Conferido em: ____ / ____ / ____

Gerência / Secretaria AESSP

5. PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA VIVAZ ESTÉTICA CORPORAL:

Código de Identificação: _____ Recebido em: ____ / ____ / ____ Atendente: _____

Responsável – VIVAZ ESTÉTICA CORPORAL