



Associado (a) Sexo M F

Data de Nascimento Naturalidade Estado

Estado Civil CPF RG/Org.Exp.

Endereço Residencial

Bairro Cidade Estado CEP

Fone. Resid. Celular WhatsApp

Cargo Ramo/Lotação Matrícula Funcional

Endereço Trabalho Fone Trab.

E-mail Trabalho E-mail Pessoal

Autorizo, após dedução do IR, PSS, salário família, auxílio pré-escola, alimentação e transporte, o desconto mensal de 0,9% da minha remuneração.
(De acordo com Assembléia Geral realizada em 06/08/2018)

Local / Data Assinatura do(a) associado(a) Assinatura do presidente

Nome do Pai

Nome da Mãe

O(a) senhor(a) deseja solicitar algum desses cartões? Cartão GoodCard Cartão GoldenFarma Cartão MasterClin

Informo abaixo o(s) beneficiário(s) que receberá(ão) a contribuição solidária descrita nos §§ 7º ao 13, Artigo 21 do Estatuto Social.

Relação de Beneficiário	CPF ou RG	Telefone	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Relação de Dependentes	Parentesco	Data de Nascimento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Para se desassociar da ASMPF, o interessado deverá estar em dia com as obrigações financeiras assumidas, se desligar das demandas judiciais patrocinadas pela entidade, assumindo os honorários advocatícios e custas, elaborar requerimento de desfiliação que conste a sua identificação, assiná-lo e entrega-lo, mesmo que por meio digital, na sede da entidade (em cumprimento ao art. 54-II da Lei 10.406/2002).

Enviar ficha para o e-mail: cadastro@asmpf.org.br