

# DADOS

Gênero

Associado (a)

M

F

Data de Nascimento

Naturalidade

Estado

Estado

CPF

RG/Órg.Exp

Endereço

Bairro

Cidade

Estado

CEP

Tel.Res.

Celular

Cargo

Ramo/Lotação

Matrícula

Endereço Trabalho

Tel.Trabalho

E-mail

Nome do Pai

Nome do Mãe

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 Assembleia Geral realizada em 06/08/2018)

Local/Data

Assinatura do(a) associado(a)

Assinatura do(a) Presidente

Relação de Dependentes

Parentesco

Data de Nascimento

Informe abaixo o(s) beneficiário(s) que receberá(ão) a Contribuição Solidária descrita nos §§ 7º ao 13, Artigo 21 do Estatuto Social.

Relação de Beneficiários

CPF ou RG

Telefone

E-mail