



## FICHA DE INSCRIÇÃO DE MEMBRO DA FUNDAÇÃO ASSEFAZ

GERÊNCIA ESTADUAL/LOCAL: \_\_\_\_\_

### DADOS PESSOAIS

Nome:					
Data de Nascimento: ____/____/____		Sexo ( ) Feminino ( ) Masculino		Estado Civil ( ) Solteiro ( ) Viúvo ( ) Casado ( ) Outros	
Endereço Residencial:				Fone:	
Bairro:	Município:	Estado:	CEP.:	E-mail:	

### DOCUMENTAÇÃO

Identidade:	CPF:	Banco:	Agência:	Ope CEF	Conta Corrente:
-------------	------	--------	----------	---------	-----------------

### DADOS FUNCIONAIS

Local de Trabalho:		Órgão Associado:
Situação Funcional: ( ) Ativo ( ) Inativo	Categoria de Membros: ( ) Transitórios ( ) Derivados ( ) Temporários	Opção de Adesão ( ) Todos os programas assistenciais e sociais Cargo: _____ Salário: _____ ( ) Somente plano de saúde

### DEPENDENTES

NOME COMPLETO:	PARENTESCO	DATA INSCRIÇÃO	DATA NASCIMENTO

<p style="text-align: center;"><b>TERMO DE RESPONSABILIDADE</b></p> <p>Declaro ter pleno conhecimento dos meus direitos e deveres como Membro da Fundação ASSEFAZ, conforme as normas existentes.</p>	<p style="text-align: center;"><b>AUTORIZAÇÃO DESCONTO EM FOLHA OU DÉBITO EM CONTA</b></p> <p><input type="checkbox"/> Autorizo a Fundação ASSEFAZ a recolher a Contribuição Mensal mediante débito em conta corrente.</p> <p><input type="checkbox"/> Autorizo a Fundação ASSEFAZ a recolher a Contribuição Mensal através de boleto bancário com as devidas despesas bancárias.</p>
---	---

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

Assinatura do Beneficiário

Gerente Estadual ou Local