

FICHA DE FILIAÇÃO



MEUS DADOS PESSOAIS

NOME:		
NATURALIDADE:	NASCIMENTO: / /	Nº MATRÍCULA - CORREIOS:
RG:	CPF:	EST. CIVIL:

MEU ENDEREÇO & FORMAS DE CONTATO

ENDEREÇO:		
BAIRRO:	CIDADE:	ESTADO:
CEP:	TEL. RESIDENCIAL:	TEL. COMERCIAL:
TEL. CELULAR:	E-MAIL:	

DADOS PROFISSIONAIS

ÚLTIMO CARGO:	DATA DESLIGAMENTO / /	
DATA ADMISSÃO: / /	DATA APOSENTADORIA: / /	SALÁRIO INSS:

DEPENDENTES LEGAIS

NOME:	PARENTESCO:	DATA NASCIMENTO: / /
NOME:	PARENTESCO:	DATA NASCIMENTO: / /

PARTICIPANTE POSTALIS

SIM NÃO

PARTICIPANTE POSTALPREV

SIM NÃO

Nº BENEFÍCIO DO INSS

NÚMERO:

CATEGORIA DO ASSOCIADO

1711 EX-1711 1712 CLT ANISTIADO
 APOSENTADO APOSENTÁVEL PENSIONISTA

• Autorizo desconto da minha mensalidade da ARACT-SP por meio de:

PIX RECORRENTE BOLETO BANCÁRIO

Declaro serem verdadeiras as informações constantes desta ficha de filiação e comprometo-me a cumprir e fazer cumprir o estatuto da Associação.

ASSINATURA DO ASSOCIADO: _____

LOCAL E DATA: _____