



**AEAP/MA**  
ASSOCIAÇÃO DOS ECONOMIÁRIOS  
APOSENTADOS E PENSIONISTAS  
DO MARANHÃO

## AUTORIZAÇÃO

Pelo presente, autorizo a ASSOCIAÇÃO DOS ECONOMIÁRIOS APOSENTADOS E PENSINISTAS DO MARANHÃO – AEAP/MA a adotar as providências necessárias à minha filiação à mencionada Entidade, inclusive com desconto da respectiva mensalidade no meu demonstrativo de proventos, para o que presto as informações abaixo:

NOME: \_\_\_\_\_

DATA NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

CONDIÇÃO: Aposentado:  INSS Pensionista: \_\_\_\_  
 FUNCEF

CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

São Luís/Ma \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura