



AEAP/MA
ASSOCIAÇÃO DOS ECONOMIÁRIOS
APOSENTADOS E PENSIONISTAS
DO MARANHÃO

FICHA DE ADESÃO - APOSENTADO

NOME: _____
Matrícula _____ RG _____ Org.Emissor _____
CPF _____
Sexo: Masc () Femin () Casado () Solteiro () Viuvo () Outros ()
Endereço: _____
Cidade _____ CEP _____
E-mail _____
Tel () _____ Cel () _____ Dt. Nasc. ____/____/____
Data da Admissão na CAIXA ____/____/____ Data de Aposentadoria ____/____/____
Aposentadoria por: T.Serviço () Idade() PADV() Invalidez () Outros()
Origem da Aposentadoria: FUNCEF/INSS () PREVHAB() INSS ()
NOME DA Agência Pagadora dos Proventos: _____
Número da Agência _____ Número da Conta _____
Nome do Cônjuge: _____

Favor fornecer o Nome e Telefone de um membro da família, caso haja necessidade de contato urgente.

Nome completo – grau de parentesco telefone +DDD

Este documento registra minha anuência expressa e informada a ter os meus dados tratados pela Associação para as finalidades específicas da representação associativa, podendo ser compartilhado com as entidades associativas de grau superior. Autorizo o desconto em folha de pagamento dos valores correspondentes às mensalidades associativas. Autorizo o envio de comunicados da Associação por meio físico e/ou eletrônico. A AEAP-MA se compromete a tratar os dados nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e em conformidade com a “Política de Privacidade” divulgada em sua página da Internet.

Data ____/____/____

Assinatura _____



AEAP/MA
ASSOCIAÇÃO DOS ECONOMIÁRIOS
APOSENTADOS E PENSIONISTAS
DO MARANHÃO

FICHA DE ADESÃO - PENSIONISTA

NOME: _____
Matrícula _____ RG _____ Org.Emissor _____
CPF _____
Sexo: Masc () Femin () Casado () Solteiro () Viuvo () Outros ()
Endereço: _____
Cidade _____ CEP _____
E-mail _____
Tel () _____ Cel () _____ Dt. Nasc. ____/____/____
Data da Admissão na CAIXA ____/____/____ Data de Aposentadoria ____/____/____
Aposentadoria por: T.Serviço () Idade() PADV() Invalidez () Outros()
Origem da Aposentadoria: FUNCEF/INSS () PREVHAB() INSS ()
NOME DA Agência Pagadora dos Proventos: _____
Número da Agência _____ Número da Conta _____
Nome do Cônjuge: _____

Favor fornecer o Nome e Telefone de um membro da família, caso haja necessidade de contato urgente.

Nome completo – grau de parentesco telefone +DDD

Este documento registra minha anuência expressa e informada a ter os meus dados tratados pela Associação para as finalidades específicas da representação associativa, podendo ser compartilhado com as entidades associativas de grau superior. Autorizo o desconto em folha de pagamento dos valores correspondentes às mensalidades associativas. Autorizo o envio de comunicados da Associação por meio físico e/ou eletrônico. A AEAP-MA se compromete a tratar os dados nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e em conformidade com a “Política de Privacidade” divulgada em sua página da Internet.

Data ____/____/____

Assinatura _____