

## FICHA DE FILIAÇÃO POR TRANSMISSÃO

(Preencha com letra de forma e legível. Veja também o verso.)

**ATENÇÃO**  
DESFILIAÇÃO SOMENTE APÓS  
6 MESES DE CONTRIBUIÇÃO.

### Dados Pessoais

NOME		RS/PV (se for Servidor Público)
CPF	RG	DATA DE NASCIMENTO / /
APOSENTADO? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Data: / /	CARGO DA APOSENTADORIA	SEXO <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Outro	DOENÇA GRAVE? (Para fins de ações judiciais) <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Qual?	

### Dados para Correspondência

ENDEREÇO			
NÚMERO	COMPLEMENTO	BAIRRO	
CEP	MUNICÍPIO	UF	
TELEFONE RESIDENCIAL	TELEFONE CELULAR	E-MAIL	

### Local de Trabalho (se em atividade)

NOME DA EMPRESA/UNIDADE		CARGO
ENDEREÇO		
NÚMERO	COMPLEMENTO	BAIRRO
CEP	MUNICÍPIO	UF
TELEFONE - 1	TELEFONE - 2	E-MAIL

### Informações Complementares

NOME DO CÔNJUGE		
TELEFONE DO CÔNJUGE	DATA DE FALECIMENTO DO TITULAR No caso de pensionista/dependente / /	ISENÇÃO DO IPESP No caso de ambos os cônjuges serem funcionários públicos <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

## Dependentes Legais Econômicos (que aparecem no I.R.)

1	DATA DE NASCIMENTO / /	PARENTESCO
2	DATA DE NASCIMENTO / /	PARENTESCO
3	DATA DE NASCIMENTO / /	PARENTESCO

Tem outros Dependentes Legais Econômicos?  Não  Sim

NOME DE DOIS PARENTES/AMIGOS, PARA EVENTUAL CONTATO 1.	TELEFONE
-----------------------------------------------------------	----------

2.	TELEFONE
----	----------

NO CASO DE FALECIMENTO, INDICA ALGUÉM PARA TRANSMITIR OS SEUS DIREITOS DE ASSOCIADO(A)?  
 Não  Sim - NOME:

ENDEREÇO

NÚMERO	COMPLEMENTO	BAIRRO
--------	-------------	--------

CEP	MUNICÍPIO	UF
-----	-----------	----

TELEFONE - 1	TELEFONE - 2	E-MAIL
--------------	--------------	--------

NOME DO EX-TITULAR (Associado(a) da UDEMOMO)

RS/PV	CPF	RG
-------	-----	----

## Conta Corrente para débito das mensalidades

NOME DO BANCO	Nº AGÊNCIA	Nº CONTA
---------------	------------	----------

OBSERVAÇÕES

Autorizo a UDEMOMO a implantar, junto ao Banco informado, o débito automático das mensalidades.

DATA: / / . ASSINATURA:

Envie sua ficha de filiação, por correio ou fax, à UDEMOMO.

É fundamental que, quando houver alteração de algum dado no seu cadastro, você nos comunique.