

FICHA DE FILIAÇÃO

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

Especialista Ex-Especialista

ATENÇÃO
DESFILIAÇÃO SOMENTE APÓS
6 MESES DE CONTRIBUIÇÃO.

Dados Pessoais

NOME		RS/PV
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)

CÓD. CIE	NOME DA UNIDADE		
ENDEREÇO			
NÚMERO	COMPLEMENTO	BAIRRO	
CEP	MUNICÍPIO	UF	
TELEFONE - 1	TELEFONE - 2	E-MAIL	
D.E.	CARGO		

Informações Complementares

NOME DO CÔNJUGE

TELEFONE DO CÔNJUGE

ISENÇÃO DO IPESP (No caso de ambos os cônjuges serem funcionários públicos)

Não 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

TELEFONE

1.

TELEFONE

2.

NO CASO DE FALECIMENTO, INDICA ALGUÉM PARA TRANSMITIR OS SEUS DIREITOS DE ASSOCIADO(A)?

Não Sim

EM CASO AFIRMATIVO

NOME

ENDEREÇO

NÚMERO

COMPLEMENTO

BAIRRO

CEP

MUNICÍPIO

UF

TELEFONE - 1

TELEFONE - 2

E-MAIL

Autorizo a UDEMO a implantar, junto à Secretaria da Fazenda, o desconto da mensalidade nos meus vencimentos.

DATA: / / . ASSINATURA:

Envie sua ficha de filiação, acompanhada de uma cópia do seu holerite, por correio ou fax, à UDEMO.

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