



ASCM - ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES CIVIS DA MARINHA

FICHA DE ASSOCIADO PESSOA FÍSICA

| | | | |
|--------------------------|--|--|---|
| IDENTIFICAÇÃO | SERVIDOR (A) <input type="checkbox"/> SIM NÃO <input type="checkbox"/> | | |
| Nome: | _____ | | |
| Sexo: | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | | TIPO SERVIDOR <input type="checkbox"/> PENSIONISTA <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> |
| Nascimento: | _____ | | |
| Estado civil: | _____ | | |
| Nacionalidade: | _____ | | |
| Naturalidade: | _____ | | |
| Cônjuge: | _____ | | |
| Mãe: | _____ | | |
| Pai: | _____ | | |
| Escolaridade: | _____ | | |
| Falecimento: | _____ | | |
| Receber correspondência? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | |
| E-mail: | _____ | | |

CONTATO

| | | | |
|---------------|-------|--------------|-------|
| CEP: | _____ | Bairro: | _____ |
| Logradouro: | _____ | | |
| Número: | _____ | Complemento: | _____ |
| UF: | _____ | Município: | _____ |
| Caixa-postal: | _____ | | |

TELEFONE

DOCUMENTAÇÃO

| | | | |
|-----------------|-------|------------------------|-------|
| CPF: | _____ | Carteira prof.: | _____ |
| Identidade: | _____ | Registro prof.: | _____ |
| Órgão | _____ | Órgão Expedidor Prof.: | _____ |
| Data expedição: | _____ | Nº livro/ Fls.: | _____ |
| PIS/PASEP: | _____ | Data emissão registro: | _____ |

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

Eu, autorizo a ASSOCIAÇÃO CIVIL DA MARINHA (ASCM) a descontar mensalmente do meu contra cheque o valor de minha cota de associado, atualmente em R\$ _____ bem como futuros reajustes conforme determina o estatuto da ASCM. Ainda através deste, autorizo a ASCM a confecção de boleto, carnê, pix ou depósito em conta da Associação, em caso de margem consignada negativa, impossibilitando o desconto automático em folha.

Confirmação:

Sim, autorizo o desconto.

Não, não autorizo o desconto.

TAXA R\$ 38,15 ASSOCIATIVA
TAXA R\$ 30,52 SEGURO DA SULAMERICA
CASO O ASSOCIADO NÃO TENHA MARGEM EM DESCONTO EM FOLHA. Pág. 1 / 2
BOLETO BANCÁRIO ACRECENTA + R\$ 3,00

DEPENDENTE

Nome: _____
Sexo: Masculino Feminino
Nascimento: _____
Tipo de dependente: _____
Documento: _____
E-mail: _____

Nome: _____
Sexo: Masculino Feminino
Nascimento: _____
Tipo de dependente: _____
Documento: _____
E-mail: _____

REGISTRO DE TRABALHO

Situação: _____ MATRÍCULA: _____
Entidade: _____ INSCRIÇÃO: _____
Estrutura: _____ Admissão: _____
Departamento: _____ Saída/aposentadoria: _____
Setor: _____

FILIAÇÃO

Início: _____ Nº filiação: _____
Valor: _____ Dia de vencimento: _____
Fim: _____
Motivo: _____

FUNÇÃO

Tipo de _____ Função: _____

DADOS BANCÁRIOS

Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____ Operação: _____

OUTRAS INFORMAÇÕES

Observação: _____

Instituidor(a): _____

CPF: _____ SIAPE: _____ Data Óbito: ____/____/____

RIO DE JANEIRO, _____ de _____ de 20____

Assinatura do Diretor: _____ Assinatura: _____

Ao assinar este termo, o associado autoriza expressamente a Associação (ASCM) a coletar, armazenar e utilizar as informações declaradas na ficha de associado, em conformidade com as disposições da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD - Lei nº 13.709/2018), para os fins específicos de gestão de associados, comunicação e atividades relacionadas aos objetivos estatutários da associação.