

Associação dos Trabalhadores do Ministério da Saúde na Paraíba C.N.P.J. 09.154.840/0001-83

FICHA DE FILIAÇÃO

ATIVO INATIVO PENSIONISTA CONTRIBUINTE ACE ACS

DADOS PROFISSIONAIS				
Nome:				
Matrícula: D	ata de Admissão:	Cargo:		7 -
		Orgão de E	Exercício:	
	ENDEREÇO PR	OFISSION	AL	
Rua:			Bairro:	
Cidade:	Estado:		C.E.P.	
Telefone(s):		E-mail:		
	ENDEREÇO RI	ESIDÊNCIA	L «	
Rua:			Bairro:	
Cidade:	Estado:		C.E.P.	
Telefone(s):		E-mail:		
A 1				
	provada em reunião da diretor	ia realizada em	n//	
Assinatura do Sócio: Assinatura do Presidente:		Assinatura do S	ocratário:	
Assiliatura do Fresidente Assiliatura do			becretatio	
	DEPENDENTE	S NATIIRA	18	
	NOME	O NATOKA	DATA NASCIMENTO	PARENTESCO
	TONE		DATATAOONILITTO	TARLITEGOO
	DEPENDENTES	AGREGAD	OS	
	NOME		DATA NASCIMENTO	PARENTESCO
São considerados agraga	odos suás pais filhas (maiore	o do 24 anno)	natas (manaras da ida	da\ a : ~
OBSERVAÇÃO: anexar cópia o	ados avós, pais, filhos (maiore	nprovante de re	rietos (menores de idad	los dependentes
(Certidão de Nascimento ou de C	asamento)	iprovante de 1e	oldenold e comprevante e	ios dependentes
	AUTORIZAÇÃO I	DE DESCO	NTO	
Autorizo a averbação como co				lhadores no
Ministério da saúde na Paraíba.	correspondente a R\$ 70.00 (So	etenta reais) do	meu vencimento	illiadores 110
NOME LEGÍVEL:		, , ,		
LOCAL:			DATA:/	
ASSINATURA DO SÓCIO:				
OBSERVAÇÕES:				