



ASTRAMS
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

DADOS PROFISSIONAIS

Nome:		
Matrícula:	Data de Admissão:	Cargo:
Orgão de Lotação:		Orgão de Exercício:

ENDEREÇO PROFISSIONAL

Rua:		Bairro:
Cidade:	Estado:	C.E.P.
Telefone(s):		E-mail:

ENDEREÇO RESIDÊNCIAL

Rua:		Bairro:
Cidade:	Estado:	C.E.P.
Telefone(s):		E-mail:

Admissão aprovada em reunião da diretoria realizada em ____/____/____		
Assinatura do Sócio: _____		
Assinatura do Presidente: _____ Assinatura do Secretário: _____		

DEPENDENTES NATURAIS

NOME	DATA NASCIMENTO	PARENTESCO

DEPENDENTES AGREGADOS

NOME	DATA NASCIMENTO	PARENTESCO

São considerados agregados avós, pais, filhos(maiores de 24 anos), netos(menores de idade) e irmãos.

OBSERVAÇÃO: anexar cópia do contra-cheque atualizado, comprovante de residência e comprovante dos dependentes (Certidão de Nascimento ou de Casamento)

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO

Autorizo a averbação como consignação interno, em favor da ASTRAMS/PB, Associação dos Trabalhadores no Ministério da saúde na Paraíba, correspondente a R\$ 49,22 (Quarenta e nove reais e vinte e dois centavos) do meu vencimento.		
NOME LEGÍVEL: _____		
LOCAL: _____	DATA: ____/____/____	
ASSINATURA DO SÓCIO: _____		

OBSERVAÇÕES:
