

# ATUALIZAÇÃO CADASTRAL



Categoria:  (a)  (b)  (c)  Único  Individual

## IDENTIFICAÇÃO DO ASSOCIADO

PARA USO DA AFAM

RE/MATR.	NOME.					GRAU DE INSTRUÇÃO <input type="checkbox"/> 1º GRAU <input type="checkbox"/> COMPL. <input type="checkbox"/> INCOMP. <input type="checkbox"/> 2º GRAU <input type="checkbox"/> COMPL. <input type="checkbox"/> INCOMP. <input type="checkbox"/> 3º GRAU <input type="checkbox"/> COMPL. <input type="checkbox"/> INCOMP.
DATA NASC.	DATA ADMISSÃO NA PM	POSTO/GRADUAÇÃO	PORTADOR DE DEFICIÊNCIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIÚVO <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL		
UNIDADE	CPF	RG	SEXO <input type="checkbox"/> MAS <input type="checkbox"/> FEM			

**Endereço**

Logradouro: \_\_\_\_\_

Nº: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

**Contato** Permite correspondência? Sim  Não

Email 1: \_\_\_\_\_ Telefone 1: ( ) \_\_\_\_\_

Email 2: \_\_\_\_\_ Telefone 2: ( ) \_\_\_\_\_

DEPENDENTES PARA O PLANO ÚNICO			DEFICIENTE FÍSICO	DEFICIENTE MENTAL
NOME	PARENTESCO	DATA NASCIMENTO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
PESSOA INDICADA PARA RECEBER O AUXÍLIO FUNERAL		DATA NASCIMENTO	RG	

**DECLARO**

a) Assumir, nos termos das leis vigentes, total responsabilidades sobre as informações prestadas;

b) Comprometer-me a cumprir o estabelecido no Estatuto Social, que estabelece a obrigatoriedade de atualizar os dados cadastrais;

c) Estar ciente que a presente atualização será processada dentro de 10 (dez) dias úteis, após a data de protocolo;

d) Receber os vencimentos conforme abaixo:

Banco e conta como é apresentado no holerite (demonstrativo de pagamento):

Banco do Brasil S.A. Conta salário?  Sim  Não

Agência: \_\_\_\_\_ Dígito: \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_ Dígito: \_\_\_\_\_

Conta corrente da portabilidade (apenas se a conta acima for salário):

Banco: \_\_\_\_\_

Agência: \_\_\_\_\_ Dígito: \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_ Dígito: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura

