



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DOS FUNCIONÁRIOS DA CÂMARA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE

Av. Loureiro da Silva, 255 - Fone 32204165 - Porto Alegre RS
Colônia de Férias: Av. Marcílio Dias, 1810 - F. 6614190 e 6612334 - Tramandaí
Consultório Odontológico: na Sede

FICHA DE INSCRIÇÃO

Mat: _____ Vinc: __ Nome _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Naturalidade _____
Carteira Identidade: _____ CPF: _____
Filiação: Pai: _____
Mãe: _____
Estado Civil: _____ Cônjuge: _____
Cargo: _____ Provedimento: _____
Lotação: _____ Fone/Ramal: _____
Data de Ingresso CMPA: ____/____/____
Endereço Residencial: _____
Bairro: _____ Cidade: _____
Estado: _____ CEP: _____ Fone: _____
Profissional: _____ Fone: _____
E-mail: _____

Dependentes:

NOME	DEPENDÊNCIA	NASCIMENTO

Obs.: Apresentar comprovação de dependência. Se necessário, utilize o verso do formulário

Beneficiário Auxílio Funeral: **Nome:** _____

Endereço: _____

DECLARO para todos e quaisquer efeitos, especialmente os que dizem respeito ao Estatuto, Regimentos e demais instrumentos da ABECAPA, que as informações constantes do presente formulário são a expressão da verdade.

AUTORIZO sejam descontadas de meus rendimentos as contribuições e os compromissos por mim assumidos, em favor dessa Associação.

Porto Alegre, de de

.....

Proponente