



## ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS FISCAIS DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Sede: SC 401 km 21 - Canasvieiras  
88050-001 - Florianópolis - SC - Fone/Fax: (48) 3266.1933  
CNPJ 83.932.699/0001-55 - www.affesc.com.br - affesc@affesc.com.br

### PROPOSTA DE ASSOCIADO EFETIVO

Nome: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Cargo: AFRE ( ) , Ativo ( ) Aposentado ( ) Sexo: \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Carteira de Identidade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Lotação: \_\_\_\_\_ GREG / Exercício: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Fones: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Já foi filiado à AFFESC? \_\_\_\_\_ Pretende ingressar no Plano de Saúde da Unimed / Affesc? \_\_\_\_\_

Aceita as condições apresentadas nos Regulamentos AFFESC e Estatuto Social? ( ) Sim ( ) Não

### DADOS DOS DEPENDENTES

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Est. Civil: \_\_\_\_\_ Data Nasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Est. Civil: \_\_\_\_\_ Data Nasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Est. Civil: \_\_\_\_\_ Data Nasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Est. Civil: \_\_\_\_\_ Data Nasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Proposta Aprovada em Reunião de: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Dir. Administrativo: \_\_\_\_\_ Dir. Presidente: \_\_\_\_\_



## ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS FISCAIS DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Sede: SC 401 km 21 - Canasvieiras  
88050-001 - Florianópolis - SC - Fone/Fax: (48) 3266.1933  
CNPJ 83.932.699/0001-55 - www.affesc.com.br - affesc@affesc.com.br

### **AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO EM CONTA CORRENTE BANCÁRIA**

Autorizo(amos) a ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS FISCAIS DO ESTADO DE SANTA CATARINA – AFFESC a mandar debitar em minha/nossa conta corrente bancária, na agência do BANCO DO BRASIL onde recebo meus vencimentos, abaixo especificada, a importância correspondente ao extrato mensal que me será entregue antecipadamente ao débito autorizado.

Comprometo-me a manter fundos na conta corrente, suficientes, no mínimo, para saldar o débito em conta, no dia marcado para recebimento de minha remuneração mensal paga pelo Governo do Estado.

Outrossim, ocorrida insuficiência de fundos que impeça a efetivação do débito na conta corrente, renuncio a qualquer direito ficando a AFFESC autorizada a cancelar os benefícios que determinarem o débito na conta corrente.

A presente autorização é dada por prazo indeterminado, cessando seus efeitos, total ou parcialmente, quando se extinguirem os efeitos que lhe deram causa.

Nome: \_\_\_\_\_

Matricula: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_

Cep: \_\_\_\_\_

Banco: BANCO DO BRASIL

Nº da Agência Bancária: \_\_\_\_\_ Nº da conta bancária: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura