

PROPOSTA DE ASSOCIADO EFETIVO

Nome: _____

Estado Civil: _____ Naturalidade: _____ CPF: _____

Nascimento: ____/____/____ RG _____ Tipo Sanguíneo: _____

Sexo: ()Feminino ()Masculino

Endereço residencial: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Fone: _____ Cel./Whats _____

E-mail: _____ / _____

Forma de comunicação - Assinale abaixo a alternativa de sua preferência:

- () Quero receber todos os Comunicados, Informativos e Convites da AFFESC **DIGITALMENTE**, por e-mail e/ou WhatsApp.
 () Quero receber todos os Comunicados, Informativos e Convites da AFFESC **FISICAMENTE** em material impresso, por Correio.

Cargo: ()AFRE ()Ativo ()Aposentado

() Pensionista

Lotação: _____ GERFE/ Exercício: _____

Atual ou Última
Profissão exercida _____

Matrícula: _____

Já foi filiado à AFFESC ()Sim ()Não

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

Pretende ingressar no Plano de Saúde Unimed? ()Sim ()Não

Pagamento em Déb. Automático, **preencher anexo I**: ()Banco do Brasil ()Sicoob(Ag. 3258)Pretende contribuir com o plano de Auxílio Funeral AFFESC: ()Sim, **preencher anexo II** ()Não

Pensionista informar o nome do associado falecido (a): _____

DEPENDENTES - AUTORIZAÇÕES DE VISITAS E SOLICITAÇÃO DE RESERVA**Nome:** _____ Estado Civil _____

CPF: _____ Nasc.: ____/____/____ Parentesco: _____

Cel./Whats: _____ Email: _____ **Aut. fazer reservas** ()Sim ()Não**Nome:** _____ Estado Civil _____

CPF: _____ Nasc.: ____/____/____ Parentesco: _____

Cel./Whats: _____ Email: _____ **Aut. fazer reservas** ()Sim ()Não**Nome:** _____ Estado Civil _____

CPF: _____ Nasc.: ____/____/____ Parentesco: _____

Cel./Whats: _____ Email: _____ **Aut. fazer reservas** ()Sim ()Não**Nome:** _____ Estado Civil _____

CPF: _____ Nasc.: ____/____/____ Parentesco: _____

Cel./Whats: _____ Email: _____ **Aut. fazer reservas** ()Sim ()Não

Assinatura Resp. Financeiro: _____ Data: ____/____/____

Proposta Aprovada em Reunião de: ____/____/____.

Dir. Administrativo: _____

Dir. Presidente: _____

Anexo I proposta associado

AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO EM CONTA CORRENTE BANCÁRIA

Autorizo a ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS FISCAIS DO ESTADO DE SANTA CATARINA – AFFESC a debitar em minha conta corrente bancária, abaixo especificada, a importância correspondente ao extrato mensal que me será entregue e/ou disponibilizado 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 desconto.

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: _____ CPF: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

UF: _____ CEP: _____

Fone: _____

Banco: () **Banco do Brasil** () **Sicoob** (somente Ag. 3258)

Nº da Agência Bancária: _____ Nº da conta corrente: _____

Local e data: _____

Assinatura

Anexo II proposta associado
Termo de Adesão e indicação de Beneficiários
Auxílio Funeral AFFESC

Através deste termo solicito minha inclusão no Plano de Auxílio Funeral da Associação dos Funcionários Fiscais do Estado de Santa Catarina – AFFESC, conforme determina os incisos II, VII e VIII, do Artigo 3º do Estatuto Social e Art. 3º do Regulamento pertinente.

Declaro que li e aceito os termos do Regulamento do Plano de Auxílio Funeral da Associação e indico os seguintes beneficiários para recebimento e quitação dos valores cabíveis:

<u>PERCENTUAL</u>	<u>NOME COMPLETO</u>	<u>PARENTESCO</u>
01- _____ %	_____	_____
02- _____ %	_____	_____
03- _____ %	_____	_____
04- _____ %	_____	_____
05- _____ %	_____	_____
06- _____ %	_____	_____

E por ser verdade, firmo a presente declaração.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura Associado

Dados Associado:

Nome Completo: _____

CPF: _____ Contato: _____

Obs.: ao preencher este termo separado da proposta de filiação (adesão do plano funeral posterior à filiação ou atualização de beneficiários) anexar cópia simples do documento de identificação do associado