

FICHA DE INSCRIÇÃO DE ASSOCIADO

DADOS PESSOAIS:

Nome: _____

Sexo: Fem. () Masc. () Data de Nascimento: _____

CPF: _____ Natural de _____ UF _____

RG: _____ Órgão Expedidor _____ UF _____

Data Expedição RG: _____ Estado Civil: _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ CEP: _____ UF _____

Telefones: _____ Celular: _____

E-mail Principal: _____

E-mail Alternativo: _____

Sua condição na Previdência Complementar:

Aposentado () Pensionista () Participante () Ex-participante () Outro ()

Empresa Patrocinadora: _____

Se aposentado ou pensionista, desde _____

Se participante, desde _____

Se ex-participante, de _____ até _____

Sua condição na Previdência Social (INSS):

Aposentado() Contribuinte () Outro ()

Se aposentado, desde _____

Declaro que, caso seja constatado algum tipo de débito junto à ABRAPREV, autorizo, expressamente, o seu ressarcimento quando do recebimento de quaisquer valores em ação (ões) em que eu seja o beneficiário e que esteja a cargo desta Associação ou qualquer escritório desta conveniado.

Autorizo esta Associação a protocolizar qualquer ação em meu favor na qualidade de representante ou substituta processual, independentemente de autorização específica.

_____, de _____ de _____
Cidade Dia Mês Ano

Assinatura