

ATENÇÃO: Favor preencher todos os dados e encaminhar a ficha assinada e digitalizada para o e-mail dienifer@afocefe.org.br ou WhatsApp (51) 99127.7713 / 99365.5306

FICHA CADASTRAL DE TÉCNICO TRIBUTÁRIO DA RECEITA ESTADUAL RS

Autorização nº
(uso exclusivo do AFOCFE)

Cód. Autenticidade

Nome:

ID e Vínculo:

Dados Pessoais

Endereço Preferencial: <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Profissional		Data de nascimento: / /	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	CPF:		RG:
Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Outros:			
Fone residencial: ()		Celular: ()	
E-mail pessoal:			
Endereço residencial:			
Bairro:	Cidade:	CEP:	
Banrisul: Agência	Conta corrente:	Chave PIX:	

Dados Profissionais

Departamento:	
Setor:	
Endereço profissional:	
Cidade:	CEP:
E-mail profissional:	Fone profissional: ()

☐ **Desejo me filiar ao AFOCFE Sindicato** (contribuição mensal - R\$ 186,00)

Autorizo o desconto em folha e/ou débito em conta do valor referente à contribuição sindical do AFOCFE Sindicato, ciente de que a soma dos descontos autorizados não deverá ultrapassar o limite definido no decreto vigente.

OBS.: A filiação fica condicionada à efetivação do desconto, e/ou débito em conta corrente no valor de R\$ 2,50.

Porto Alegre, ____ de ____ de 20 ____.

Assinatura