

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

FICHA CADASTRAL DE TÉCNICO TRIBUTÁRIO DA RECEITA ESTADUAL RS

Autorização nº
(uso exclusivo do AFOCEFE)

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: <input type="text"/>
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: <input type="text"/>
		Chave PIX: <input type="text"/>

Dados Profissionais

Departamento:	
Setor:	
Endereço profissional:	
Cidade: <input type="text"/> CEP: <input type="text"/>	
E-mail profissional: <input type="text"/>	Fone profissional: () <input type="text"/>

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

Autorizo o desconto em folha e/ou débito em conta do valor referente à contribuição sindical do AFOCEFE 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