

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 **Cód. Autenticidade**
(uso exclusivo do AFOCFE)

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"/>	RG: <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: <input type="text"/>			
Endereço residencial:			
Bairro: <input type="text"/>	Cidade: <input type="text"/>	CEP: <input type="text"/>	
Banrisul: Agência <input type="text"/>	Conta corrente: <input type="text"/>	Chave PIX: <input type="text"/>	

Dados Profissionais

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

Desejo me filiar ao AFOCFE Sindicato (contribuição mensal - R\$ 163,00)

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

