



Associação dos Funcionários das Fundações Estaduais de Prot. Especial e de Atend. Sócio Educativo
SEDE PRÓPRIA: Av. Padre Cacique, 628 - Menino Deus - Porto Alegre - RS - CEP 90810-240
SEDE SOCIAL: Rua Conselheiro Xavier da Costa, 2416 - Ipanema - Fone: (51) 3248.5010
CNPJ: 87157319/0001-03 - Fones: (51) 3233.3119 - 3233.3628 - 3231.9077 - Fax: (51) 3233.3232
Email: afufe@afufe.com.br

Documentos Necessários para Filiação

- * Último Contra Cheque
- * Comprovante de Residência (Atualizado)
- * Cópia RG e CPF
- * 1 Foto 3X4

CADASTRO AFUFE

Matrícula: _____

E-mail: _____

Nome: _____

Id Funcional: _____ Data Adm: _____

End. Resid: _____

Complemento: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Telefone Res: _____ Cel: _____

Fone Comerc.: _____ Data de Nasc.: _____

Sexo: _____ Estado Civil.: _____

FOTO 3X4

Solteiro(a), Separado(a), Desquitado(a), Casado(a), Viuvo(a), Divorciado(a), Outros.

RG: _____ CPF: _____

PIS/PASEP: _____ Cart. Profissional: _____ Série: _____

Título Eleitor: _____ Zona: _____ Seção: _____

Agência: _____ Conta Corrente: _____

Lotação/Fund: _____

Cargo: _____

Padrão: _____ Nível: _____ Carga Horária: _____

_____ - _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Sócio



Cadastro de Dependentes

Nome: _____ Data de Nasc.: _____
Sexo: _____ CPF: _____ RG: _____
Nome Mãe: _____
Nome Pai: _____
Grau de Parentesco: _____

Nome: _____ Data de Nasc.: _____
Sexo: _____ CPF: _____ RG: _____
Nome Mãe: _____
Nome Pai: _____
Grau de Parentesco: _____

Nome: _____ Data de Nasc.: _____
Sexo: _____ CPF: _____ RG: _____
Nome Mãe: _____
Nome Pai: _____
Grau de Parentesco: _____

Nome: _____ Data de Nasc.: _____
Sexo: _____ CPF: _____ RG: _____
Nome Mãe: _____
Nome Pai: _____
Grau de Parentesco: _____

Assinatura do Associado