



AEAP. PI – Associação dos Economários Aposentados e Pensionistas do Piauí
Rua Barroso 632, Centro Norte CEP: 64.000-130
Fone (86) 3226-4184/ 9 8894-8201 / 9 9962-8176
E-mail: aeap.pi@gmail.com

PROPOSTA DE ASSOCIADO

O Proponente, abaixo qualificado e assinado, requer sua admissão no quadro social da **Associação dos Economários Aposentados e Pensionistas do Piauí – AEA/PI**, na qualidade de Associado, e autoriza a cobrança das mensalidades e quaisquer outras responsabilidades, nos valores previstos nos Estatutos e na forma abaixo escolhida.

Nome			Data de admissão na CAIXA	Matrícula CAIXA		
CPF	N° Benefício INSS		Data Nascimento / /	RG/Orgão emissor		
Endereço (Avenida / Rua / Praça, Quadra, etc).				Saída da CAIXA		
Bairro		Cidade		UF	CEP	
Telefone	FAX	Celular	E-mail			
Tipo de Associado <input type="checkbox"/> -Efetivo (Aposentado) em: ___/___/___ <input type="checkbox"/> -Pensionista em: ___/___/___ <input type="checkbox"/> -Egresso em: ___/___/___ <input type="checkbox"/> -Aspirante <input type="checkbox"/> -Vinculado <input type="checkbox"/> -Agregado <input type="checkbox"/> -Conveniado <input type="checkbox"/> -Temporário <input type="checkbox"/> -Outro: _____						
Origem <input type="checkbox"/> -Matriz <input type="checkbox"/> -Filial		Vinculação <input type="checkbox"/> -FUNCEF <input type="checkbox"/> -PMPP <input type="checkbox"/> -PREVHAB <input type="checkbox"/> -Ex-SASSE <input type="checkbox"/> -Outra: _____				
Forma de Cobrança <input type="checkbox"/> -Averbação FUNCEF <input type="checkbox"/> -Débito em C/C CAIXA – Dia: _____ <input type="checkbox"/> -Boleto Bancário – Dia: _____			Conta CAIXA			
			Agência	Operação	Número da Conta	DV
Nomes dos Dependentes			Data Nascimento	Sexo M / F	Parentesco (*)	
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						

(*) Cônjuge / Companheiro (a), Filho (a), etc.

Local e Data	Assinatura	Assinatura/Carimbo da Associação
--------------	------------	----------------------------------