

REQUERIMENTO

EU _____, Perito _____,

matrícula (ID): _____, identidade _____, órgão: _____,

RESIDENTE NA _____

_____, TEL (____) _____,

Filiação: _____,

venho através deste requerer à Associação dos Peritos do Rio de Janeiro, a minha adesão ao quadro de sócios desta Associação de Classe. Autorizo o encaminhamento dos meus dados pessoais a Administração Estadual, para o desconto da taxa mensal em meu contracheque.

Atenciosamente,

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20____

(Assinatura do Requerente)



ASSOCIAÇÃO DOS PERITOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CADASTRO

DADOS DO ASSOCIADO

Ano: _____

NOME: _____,

REG. ASSOC.: _____, CLASSIFICAÇÃO: PERITO _____.

DADOS DE LOTAÇÃO

MATRÍCULA (ID): _____, DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____,

UNIDADE ADMINISTRATIVA: _____,

ENDEREÇO: _____,

MUNICÍPIO: _____, TELEFONE (____) _____ - _____.

DADOS PESSOAIS

NOME: _____,

FILIAÇÃO: _____,

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / _____, SEXO: _____, ESTADO CIVIL: _____,

ENDEREÇO: _____,

MUNICÍPIO: _____, TELEFONE: (____) _____ - _____,

NATURALIDADE: _____, IDENTIDADE Nº _____, ÓRGÃO: _____, CEP:

_____ - _____.

ESPORTE/LAZER DE SUA PREFERÊNCIA: _____.

DADOS DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)

NOME: _____,

ENDEREÇO: _____,

PROFISSÃO: _____, TELEFONE: (____) _____ - _____.

DEPENDENTES

NOME: _____, IDADE: _____;

NOME: _____, IDADE: _____;

NOME: _____, IDADE: _____;

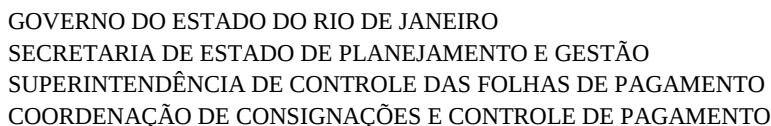
NOME: _____, IDADE: _____;

OBSERVAÇÕES: _____

_____.

_____, _____ DE _____ DE 20____.

(ASSINATURA DO ASSOCIADO)



PEDIDO DE CONSIGNAÇÃO EM FOLHA – PCF

1 – ENTIDADE CONSIGNATÁRIA Associação dos Peritos do Estado do Rio de Janeiro – APERJ	2- CÓDIGO 4399
---	---------------------------------

3 – ENDEREÇO DA ENTIDADE
Praça Tiradentes, número 9 – 13º andar – cobertura 5 – Centro – Rio de Janeiro – RJ; CEP: 20060-070

4- NATUREZA DO BENEFÍCIO	VIGÊNCIA	PRAZO INDETERMINADO	VALOR EM R\$ 85,00
---------------------------------	-----------------	-------------------------------	------------------------------

4.1 – Mensalidade
4.2 – Seguro Pessoal
4.3 – Assistência Médica
4.4 – Pecúlio
4.5 – Empréstimo Imobiliário
4.6 – Empréstimo Bancário
4.7 – Sócio Adventício
4.8 – Cartão Benefício

PREENCHAR COM X OS CAMPOS NÃO UTILIZADOS

5 – NOME DO SERVIDOR	MATRÍCULA - ID
----------------------	----------------

6 – ENDEREÇO DO SERVIDOR

7 – SECRETARIA / ÓRGÃO EQUIVALENTE Secretaria de Estado de Polícia Civil - SEPOL	U.A.
---	------

8- SOLICITAÇÃO

Sr. Superintendente,

O Servidor e a Entidade Consignatária identificados solicitam as providências necessárias à averbação do desconto nas condições acima estipuladas, na forma da legislação em vigor.

Em ____ / ____ / ____

ASSINATURA DO SERVIDOR

AGENCIADOR

REPRESENTANTE DA ENTIDADE

ÓRGÃO FISCALIZADOR

9 – A SER PREENCHIDO PELA SUPERINTENDÊNCIA DE CONTROLE DAS FOLHAS DE PAGAMENTO

☐ DEFERIDO ☐ INDEFERIDO

Em _____ / _____ / _____

_____ SUPERINTENDENTE

OBSERVAÇÕES: CPF: _____

EMAIL: _____