

# FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO DE ASSOCIADO

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS PESSOAIS** | |
| **Nome Completo:** | |
| **Data de Nascimento:** | **Naturalidade:** |
| **Nome da Mãe:** | |
| **Nome do Pai:** | |
| **Profissão:** | **N° Registro Profissional:** |
| **Quem indicou:** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Documentos** |  |
| **RG:** | |
| **CPF:** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Endereço Residencial** |  |
| **Logradouro:** | |
| **Número:** | **Complemento:** |
| **Bairro:** | **Cidade/UF:**  / |
| **CEP:** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Contato** |  |
| **Fone Residencial:** | **Fone Comercial:** |
| **Celular** | |
| **E-mail:** | |

**DECLARO** sob as penas da Lei, que sou segurado do seguinte Regime de Previdência:

( ) GERAL (INSS); ( ) PRÓPRIO (Servidor Público); ( ) COMPLEMENTAR (Fundos de Pensão)

**Assinatura:**

**DECLARO** sob as penas da Lei, que sou parente até segundo grau do segurado abaixo identificado, o qual é vinculado ao seguinte regime de previdência:

( ) GERAL (INSS); ( ) PRÓPRIO (Servidor Público); ( ) COMPLEMENTAR (Fundos de Pensão) Vinculado ao Segurado:

CPF do Segurado: Grau de Parentesco: **Assinatura:**

## ( ) Colaborador, com pagamento de mensalidade.

**() Participante, sem pagamento de mensalidade.**

**OU**

Local: , de de 20 . Assinatura:

Julho

[www.ceprev.org.br](http://www.ceprev.org.br/) [contato@ceprev.org.br](mailto:contato@ceprev.org.br)

Rua Vidal Ramos, 31, 11º andar Centro – Florianópolis – CEP 88010-320