

Nome _____ Inscrição na Bases nº _____
Sexo _____ Estado Civil _____ Data de Nascimento ____/____/____
Identidade nº _____ Órgão Emissor _____ CPF Nº _____
Natural de _____ UF _____ Endereço _____ Nº _____
Ed. _____ Ap _____ Bairro _____
Cidade _____ UF _____ CEP _____
Tel. () _____ Cel () _____ E-mail _____
DATA INSCRIÇÃO NA AFABANEB ____/____/____ DATA APOSENTADORIA ____/____/____
PARTIC. NO PLANO DE AUXÍLIO FUNERAL SIM NÃO DATA ADESÃO AO PLANO ____/____/____

BENEFICIÁRIOS DO PLANO DE AUXÍLIO FUNERAL

Nome	Nº identidade/Órgão Emissor	Grau Parentesco
Nome	Nº identidade/Órgão Emissor	Grau Parentesco
Nome	Nº identidade/Órgão Emissor	Grau Parentesco

Assinatura

AUTORIZAÇÃO 1

Por conhecer e aprovar o Estatuto desta Associação, autorizo que na ocasião em que for pago o Auxílio Funeral aos meus beneficiários, ou a mim mesmo na hipótese de óbito do meu cônjuge, sejam deduzidos os valores atualizados correspondente () contribuições para o Benefício, de acordo com as deliberações da Assembléia Geral Extraordinária de 20 de setembro de 2021.

Local/Data _____

Assinatura

AUTORIZAÇÃO 2

Eu, _____ autorizo a AFABANE a debitar os valores das mensalidades e taxas desta Associação, na minha conta corrente nº _____ mantida na Agência nº _____ do Banco _____ e assumo o compromisso de manter sempre saldo suficiente para este fim.

Local/Data _____

Assinatura