



Ficha de Associado Familiar

SÓCIO FAMILIAR: _____ Matricula: _____

Pai: _____ Mãe: _____
Nascimento: _____ Estado Civil: _____ PIS: _____
Identidade/R.G.: _____ Data Exped.: _____ CPF: _____ Sexo: _____
Escolaridade: _____ Fone: _____ Cel.: _____
Naturalidade: _____ Estado: _____ Sangue: _____
Rua / Bairro: _____ Nº.: _____
CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____
E-mail: _____

DEPENDENTES

Parentesco	Nome	Data Nascimento
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nome Sócio Titular: _____ Matricula: _____

Dados Profissionais:

Empresa: _____ Fone: _____
e-mail comercial: _____ Celular: _____
Função: _____

Dados Bancários:

Banco: _____ PIX: _____
Agência nº: _____
Conta Corrente nº: _____

Autorizo a AFA-PR a cobrar via débito bancário, boleto bancário ou pix os valores referente aos benefícios devido a AFA-PR - ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS DO INSTITUTO EMATER.

Obs.: o Estatuto Social da AFA-PR permite a exclusão do quadro social e benefícios com dois meses pendente de pagamento.

Data Filiação na Associação: _____

ASSINATURA DO SÓCIO FAMILIAR