



# FICHA DE FILIAÇÃO

Foto  
3x4

Nome \_\_\_\_\_ Mat.SIAPE: \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_ Classe: \_\_\_\_\_ Ref/Pad/Nível \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ C. Identidade nº \_\_\_\_\_ SSP/\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Início da Aposentadoria: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Proventos: \_\_\_\_\_ (\_\_\_/\_\_\_) ATS: \_\_\_\_\_%

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_\_\_

Assinatura

## Situação Funcional: APOSENTADO

Nome: \_\_\_\_\_ Mat SIAPE \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Classe: \_\_\_\_\_ Ref/Pad/Nível \_\_\_\_\_

**AUTORIZO** a AACEP descontar, ou autorizar a minha unidade pagadora, o percentual de 0.5% sobre a totalidade de meus vencimentos, a título de contribuição mensal, e em caráter de prioridade, conforme previsto na letra “c”, Art. 12 do Estatuto Social.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_\_\_

Assinatura

## Situação Funcional: APOSENTADO

Nome: \_\_\_\_\_ Mat SIAPE \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Classe: \_\_\_\_\_ Ref/Pad/Nível \_\_\_\_\_

**AUTORIZO** a Associação dos Aposentados da Ceplac, através o Presidente da Diretoria, a ingressar em juízo, com ações cabíveis, objetivando a reparação de qualquer perda salarial por mim sofrida, em conseqüências de planos econômicos ou equívocos administrativos, entre outras ilegalidades, conforme previsto no Parágrafo Único do Art. 7º, do Estatuto Social, podendo constituir Advogado. Fica a AACEP autorizada a assumir, em meu nome, perante o Advogado ou Empresa contratada, compromisso de pagar os honorários advocatícios sobre os valores totais por mim a receber descontando, ou autorizando minha unidade pagadora descontar dos meus proventos, o percentual acordado.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_\_\_

Assinatura