



FICHA DE FILIAÇÃO

PENSIONISTA

Foto
3x4

Nome _____ Mat.SIAPE: _____

Data Nascimento: ___/___/___ C. Identidade nº _____ SSP/___ CPF nº _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: ___ CEP _____

Telefones: _____ e-mail: _____

Natureza da Pensão: _____ Início da Pensão: ___/___/___ Término da Pensão: ___/___/___

Dados do Instituidor:

Nome: _____ Mat. SIAPE _____

Cargo: _____ Classe _____ Ref/Pad/Nível _____

Data: ___/___/___ _____
assinatura

Situação Funcional: PENSIONISTA

Nome: _____ Mat SIAPE _____

Natureza da Pensão: _____ Início da Pensão: ___/___/___ Término da Pensão: ___/___/___

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

Data: ___/___/___ _____
Assinatura

Situação Funcional: PENSIONISTA

Nome: _____ Mat SIAPE _____

Natureza da Pensão: _____ Início da Pensão: ___/___/___ Término da Pensão: ___/___/___

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 de minha pensão, o percentual acordado.

Data ___/___/___ _____
Assinatura