



CENTRO DO PROFESSORADO PAULISTA

Avenida da Liberdade, 928 - 01502-001 - Sao Paulo - ☎ (11) 3340-0500

FOTO

Sede _____

PROPOSTA DE FILIAÇÃO

1) COMPROMISSO: Solicito a minha inclusão no quadro social do Centro do Professorado Paulista e comprometo-me a permanecer no mesmo pelo prazo mínimo de um ano, a contar de minha primeira contribuição.

2) FORMA DE PAGAMENTO:

- () desconto das mensalidades em folha de pagamento, conforme autorização no verso;
- () débito automático, conforme autorização no verso;
- () boleto bancário (Central);
- () pagamento na Sede Regional.

3) OPÇÃO SEGURO PECÚLIO (AUXÍLIO FUNERAL) (conforme autorização no verso): () Sim () Não

4) ÓRGÃO PAGADOR: () Estado () Prefeitura

5) SITUAÇÃO: () Ativo(a) () Aposentado(a) () Sem exercício

DADOS PARA MATRÍCULA

Nome:			
RG:	CPF:	RS/RF:	Nº SPPREV:
Data de Nascimento: ____/____/____		Estado Civil:	
Escola:			Telefone: ()
Cargo/Função:		DE/DREM:	
() Autorizado da rede pública		() Autorizado da rede particular	

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua:		Nº	Compl.
Bairro:	Cidade:		CEP:
Tel. Res.: ()	Tel. Cel.: ()	E-mail:	

DEPENDENTES

(Cônjuge / companheiro / filhos menores (até 18 anos) / filhos com idade até 24 anos - cursando escola, ensino médio ou superior -, sem vínculo empregatício)

Nome	Parentesco	Data Nascimento
		____/____/____
		____/____/____
		____/____/____
		____/____/____

São Paulo, ____ de ____ de ____

Assinatura

Data de Inclusão: ____/____/____

Nº de Matrícula: ____/____

✍



CENTRO DO PROFESSORADO PAULISTA

Avenida da Liberdade, 928 - 01502-001 - Sao Paulo - ☎ (11) 3340-0500

Nome: _____ está ciente de sua inclusão no quadro social do Centro do Professorado Paulista, devendo nele permanecer pelo **prazo mínimo de um ano**, a contar desta data.

FORMA DE PAGAMENTO:

- (() desconto das mensalidades em folha de pagamento, conforme autorização no verso;
- () débito automático, conforme autorização no verso;
- () boleto bancário (Central);
- () pagamento na Sede Regional.

3) OPÇÃO SEGURO PECÚLIO (AUXÍLIO FUNERAL) (conforme autorização no verso): () Sim () Não

São Paulo, ____ de ____ de ____

Ciente: _____

CPP

Assinatura do associado

1) Autorização para desconto em folha de pagamento

Autorizo o Centro do Professorado Paulista (CPP) a proceder o desconto da mensalidade em folha de pagamento.

Nome Completo: _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

2) Autorização para Débito em Conta Bancária

Autorizo o Centro do Professorado Paulista (CPP) a debitar de minha conta corrente o valor correspondente à mensalidade social.

Santander - Agência _____/____ - Conta Corrente _____/_____.

Nome Completo: _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

3) Seguro Pecúlio (Auxílio Funeral)

Solicito a minha inclusão no Seguro Pecúlio (Auxílio Funeral), autorizando o Centro do Professorado Paulista (CPP) a receber o valor correspondente ao benefício, juntamente com a mensalidade social, conforme opção por mim autorizada.

Nome Completo: _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____