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 — Limite máximo de idade 64 anos

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.

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 _____/_____.

Banco do Brasil S.A. - 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: _____