



CENTRO DO PROFESSORADO PAULISTA

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

Sede _____

FOTO

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, Estado/Município;
- 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 SPREV:
Data de Nascimento: ____/____/____		Estado Civil:	
Escola:		Telefone: ()	
Cargo/Função:		DE/DREM:	
<input type="checkbox"/> Autorizado da rede pública		<input type="checkbox"/> 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 - Estado de São Paulo

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

Nome Completo: _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

2) Autorização para desconto em folha de pagamento - Município _____

Autorizo o Centro do Professorado Paulista (CPP) a proceder o desconto da mensalidade em folha de pagamento, no município supracitado, conforme convênio celebrado entre as partes.

Nome Completo: _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

3) 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.

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

Banco do Brasil S.A. Agência ____/____ - Conta Corrente ____/____.

Nome Completo: _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

4) 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: _____

LGPD: *As partes se comprometem a tratar os dados pessoais envolvidos na confecção e necessários à execução do presente, única e exclusivamente para cumprir com a finalidade a que se destina, e em respeito a toda legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive, mas não se limitando à Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados).*

Nome Completo: _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____