

## FICHA DE FILIAÇÃO

(Preencha com letra de forma e legível. Veja também o verso.)

**ATENÇÃO**  
DESFILIAÇÃO SOMENTE APÓS  
6 MESES DE CONTRIBUIÇÃO.

Especialista     Ex-Especialista

### Dados Pessoais

|   |   |  |
|---|---|--|
| NOME  |   | RS/PV  |
| CPF   | RG  | DATA DE NASCIMENTO<br>/ /  |
| APOSENTADO?<br><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Data: / /  | CARGO DA APOSENTADORIA  | SEXO<br><input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. |
| ESTADO CIVIL<br><input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Outro | DOENÇA GRAVE? (Para fins de ações judiciais)<br><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Qual? |  |

### Dados para Correspondência

|                      |                  |        |  |
|----------------------|------------------|--------|--|
| ENDEREÇO             |                  |        |  |
| NÚMERO               | COMPLEMENTO      | BAIRRO |  |
| CEP                  | MUNICÍPIO        | UF     |  |
| TELEFONE RESIDENCIAL | TELEFONE CELULAR | E-MAIL |  |

### Local de Trabalho (se em atividade)

|              |                 |        |  |
|--------------|-----------------|--------|--|
| CÓD. CIE     | NOME DA UNIDADE |        |  |
| ENDEREÇO     |                 |        |  |
| NÚMERO       | COMPLEMENTO     | BAIRRO |  |
| CEP          | MUNICÍPIO       | UF     |  |
| TELEFONE - 1 | TELEFONE - 2    | E-MAIL |  |
| D.E.         | CARGO           |        |  |

## Informações Complementares

NOME DO CÔNJUGE

TELEFONE DO CÔNJUGE

ISENÇÃO DO IPESP (No caso de ambos os cônjuges serem funcionários públicos)

Não  Sim

## Dependentes Legais Econômicos (que aparecem no I.R.)

1

DATA DE NASCIMENTO

PARENTESCO

2

DATA DE NASCIMENTO

PARENTESCO

3

DATA DE NASCIMENTO

PARENTESCO

Tem outros Dependentes:  INVÁLIDO(S)  INCAPAZ(ES)

NOME DE DOIS PARENTES/AMIGOS, PARA EVENTUAL CONTATO

TELEFONE

1.

TELEFONE

2.

NO CASO DE FALECIMENTO, INDICA ALGUÉM PARA TRANSMITIR OS SEUS DIREITOS DE ASSOCIADO(A)?

Não  Sim

EM CASO AFIRMATIVO

NOME

ENDEREÇO

NÚMERO

COMPLEMENTO

BAIRRO

CEP

MUNICÍPIO

UF

TELEFONE - 1

TELEFONE - 2

E-MAIL

Autorizo a UDEMO a implantar, junto à Secretaria da Fazenda, o desconto da mensalidade nos meus vencimentos.

DATA: / / . ASSINATURA:

Envie sua ficha de filiação, acompanhada de uma cópia do seu holerite, por correio ou fax, à UDEMO.

É fundamental que, quando houver alteração de algum dado no seu cadastro, você nos comunique.