

	INCLUSÃO DE ASSOCIADO	Código: PG19-FO02
		Revisão: 1.0
		Publicação: 08/09/2025
		Página: 1/1

Nome: _____

Cargo: _____ N° do Concurso (se aplicável): _____

Endereço Comercial: _____ Tel. Comercial: () _____

Data Nasc: ____/____/____ Estado Civil: _____

CPF: _____ Sexo: () M () F

RG: _____ Cidade de Nascimento: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Estado: _____ Cidade: _____

CEP: _____ - Fone Res.: () _____

Fone Cel.: () _____ Outros Contatos: _____

E-mail: _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

Nome Cônjuge: _____

RG - Cônjuge: _____ CPF - Cônjuge: _____ Data Nasc - Cônjuge: ____/____/____

AUTORIZO o desconto em folha de pagamento, os valores relativos à mensalidade social, convênio médico, fundo de emergência, seguro de vida e acidentes pessoais, se houverem. Na impossibilidade do desconto em folha de pagamento, **AUTORIZO** o desconto em conta corrente, em formulário próprio do banco ou outro que o substitua.

AUTORIZO também o uso de meus dados pessoais e sensíveis, para que a APMP, possa prestar os serviços aos quais farei uso futuramente, para atendimento à LEI Nº 13.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018 - LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS.

Data: ____/____/____ **Assinatura:** _____

Ao se tornar um Associado, você possui diversos canais para se comunicar com a gente, através do site da APMP (<https://apmp.com.br/>), via o “Fale Conosco”, “Fale com o Presidente” e com a “Ouvidoria”.

► **Importante:** Após o preenchimento desta, favor encaminhar ao setor de Informática da Associação, no 11º andar da Rua Riachuelo, 115.