



## FICHA DE CADASTRO DE SÓCIO APOSENTADO

### Dados Pessoais

|   |       |                |                   |
|---|-------|----------------|-------------------|
| Nº NI:  | NOME: | DATA NASC: / / |                   |
| CPF:  | RG:   | EST. EM.       | SEXO: ( ) M ( ) F |
| ESTADO CIVÍL: ( ) SOLTEIRO ( ) CASADO ( ) VIÚVO ( ) DESQUITADO ( ) DIVORCIADO |       |                |                   |
| NOME DA MÃE:  |       |                |                   |

### Dados Residenciais

|           |           |       |         |
|-----------|-----------|-------|---------|
| ENDEREÇO: |           |       | CEP:    |
| BAIRRO:   | CIDADE:   |       | ESTADO: |
| TEL. RES. | TEL. COM. | RAMAL | E-MAIL: |

### Dados Profissionais

|                   |        |                   |
|-------------------|--------|-------------------|
| CARGO:            | ÓRGÃO: | CLASSE SALARIAL:  |
| DATA DE ADMISSÃO: |        | DATA DE DEMISSÃO: |

### Dependentes:

| NOME: | SEXO        | PARENTESCO | DATA DE NASC. |
|-------|-------------|------------|---------------|
|       | M ( ) F ( ) |            | / /           |
|       | M ( ) F ( ) |            | / /           |
|       | M ( ) F ( ) |            | / /           |
|       | M ( ) F ( ) |            | / /           |
|       | M ( ) F ( ) |            | / /           |
|       | M ( ) F ( ) |            | / /           |
|       | M ( ) F ( ) |            | / /           |

### Fundo Mútuo de Solidariedade:

|   |       |                 |
|---|-------|-----------------|
| DESEJA PARTICIPAR DO FUNDO MÚTUO DE SOLIDARIEDADE? SIM ( ) NÃO ( )                        |       |                 |
| BENEFICIÁRIO (A):   |       |                 |
| RG:   | CPF:  |                 |
| ACEITO PARTICIPAR DO FUNDO MÚTUO DE SOLIDARIEDADE E AUTORIZO O DESCONTO DAS CONTRIBUIÇÕES |       |                 |
| _____   | _____ | _____ / / _____ |
| ASSINATURA  | LOCAL | DATA            |

### Termo de Responsabilidade

Estou ciente de que a cobrança das mensalidades e demais despesas será efetuada por boleto bancário, pagável em qualquer banco, até a data estipulada pela AES. O boleto incluirá:

- Mensalidade da AES;
- Custo do boleto;
- Assistência médica/odontológica;
- Seguros (vida e /ou automóvel);
- Outros encargos assumidos pelo interessado.

A não quitação do boleto nos prazos estabelecidos implicará no cancelamento dos direitos do associado, inclusive os de assistência médica e seguros.

Comprometo-me a manter a AES informada no caso de alteração de endereço, telefone e dados pessoais.

|            |       |                 |
|------------|-------|-----------------|
| _____      | _____ | _____ / / _____ |
| ASSINATURA | LOCAL | DATA            |

**OBS: PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DE TODOS OS CAMPOS  
COMUNICAR URGENTE À AES QUALQUER MUDANÇA AO CADASTRO.**