



- Associado Titular Ativo Empregado no Sesi – SP
 Associado Titular Aposentado no Sesi – SP
 Agregados: Ex Dependentes / Ex Empregados / Viúvo (a) de Associado Titular / Empregados da AESSP no Sesi – SP

No. NIF no Sesi:

Dados Pessoais

Nome Completo:	<input type="text"/>	RG:	<input type="text"/>
CPF:	<input type="text"/>	Data de nascimento:	<input type="text"/>
Estado emissor:	<input type="text"/>	Estado civil:	<input type="text"/>
Sexo:	<input type="text"/>		
Nome da mãe:	<input type="text"/>		

Dados Residênciais

CEP:	<input type="text"/>	Endereço:	<input type="text"/>
Cidade:	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Telefone residencial:	<input type="text"/>	Telefone Celular:	<input type="text"/>
Telefone comercial:	<input type="text"/>	E-mail:	<input type="text"/>

Dados Profissionais

Centro de atividades:	<input type="text"/>	Área de atuação:	<input type="text"/>
Unidade:	<input type="text"/>	Divisão (SEDE):	<input type="text"/>
Cargo:	<input type="text"/>	Data de admissão:	<input type="text"/>

REDE SOCIAS(Facebook/Instagram): _____

Indicação de quem? (Digite nome da pessoa que lhe indicou) _____

Dependentes

Nome completo	Parentesco	Data de nascimento	CPF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Autorização para desconto em folha

NOME:	RG:	CPF:
CAT:	Nº IDENTIFICAÇÃO:	

PELA PRESENTE, AUTORIZO QUE SEJA DEDUZIDO DO MEU SALÁRIO A IMPORTÂNCIA CORRESPONDENTE A MENSALIDADE VIGENTE (0,6 % DO SALÁRIO BASE) COM LIMITE ATUAL DE R\$ 100,92 BEM COMO DOS DEMAIS SERVIÇOS QUE POR MIM VENHAM A SER ADQUIRIDOS JUNTO À AESSP. DECLARO TAMBÉM ESTAR CIENTE DE QUE, CASO VENHA A ME DESLIGAR DA EMPRESA E TENHA INTERESSE NA PERMANÊNCIA JUNTO A AESSP, O VALOR DE CONTRIBUIÇÃO PASSARÁ A SER DE 2% DO SALÁRIO MÍNIMO VIGENTE. NOS CASOS DE APOSENTADORIA PELA EMPRESA O VALOR SERÁ DE 2% DO SALÁRIO MÍNIMO VIGENTE. COMPROMETO-ME A MANTER A AESSP INFORMADA NO CASO DE ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO, TELEFONE E DADOS PESSOAIS.

SÃO PAULO,

ASSINATURA: _____

ATENÇÃO SUA ASSOCIAÇÃO FOI FEITA COM SUCESSO! PARA QUE A MESMA SEJA APROVADA ENVIE UMA CÓPIA DESTA COMPROVANTE PARA SEU REPRESENTANTE LOCAL. SENDO ASSIM SUA ASSOCIAÇÃO E SEU ACESSO AO PORTAL AESSP SERÃO LIBERADOS.