



ASSOCIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DOS CORREIOS

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO / AUTORIZAÇÃO - ÚNICO

Categoria de Associado (Para uso exclusivo da ADCAP):

<input type="checkbox"/> Efetivo	<input type="checkbox"/> Aposentado	<input type="checkbox"/> Institucional
----------------------------------	-------------------------------------	--

DADOS PESSOAIS

Nome Indicado por (se for o caso)

CPF	RG	Órg. Emis.	Data Nasc.	Sexo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Matrícula ECT	Data de Admissão	Lotação (Sigla)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Cargo na ECT	Função
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Formação Profissional

Endereço Residencial (Rua, Av. etc)

CEP (Obrigatório)	Bairro	Cidade	UF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Telefone	Celular	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DADOS COMERCIAIS

Endereço Comercial (Rua, Av. etc)

CEP (Obrigatório)	Bairro	Cidade	UF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Telefone: Comercial / Ramal	Fax	E-mail (Alternativo)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DEPENDENTES

Nome	Grau de Parentesco (Filho(a), Esposo(a) e Outros)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Eu, _____, pela presente, faço moção de associar-me à **ADCAP - ASSOCIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DOS CORREIOS**, na condição de sócio, conforme Art. 4 do Estatuto, comprometendo-me com as obrigações decorrentes e autorizo à EMPRESA BRASILEIRA DE CORREIOS E TELÉGRAFOS, nos termos do Art. 462 da CLT, a proceder, mensalmente, o desconto da contribuição social em favor da acima citada em percentual de 1% (um por cento) do salário-base, **com mínimo de 1% da NM31 e máximo de 1% da NM79**, do PCCS/ECT, para **Sócio Efetivo**.

Para os **Sócios Aposentados** a contribuição será de R\$20,00 (vinte reais), reajustado anualmente pelo índice de reajuste do INSS. Para os **Sócios Institucionais** terão isenção de contribuição. Ajustados durante o período em que à Associação estiver filiado, ainda que venha a ser transferido com mudança de domicílio. Por força da verdade, dato e assino.

LOCAL	DIA	MÊS	ANO	ASSINATURA
-------	-----	-----	-----	------------

INÍCIO DO DESCONTO

FOLHA DE PAGAMENTO DO MÊS _____

VISTO: _____

1ª VIA	ADCAP / Núcleo
2ª VIA	AC/DR-RH