

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA FILIAÇÃO

SE FOR **APOSENTADO**, SIGA AS INSTRUÇÕES ABAIXO:

- 1) Preencha e assine a **Ficha de Filiação**;
- 2) Providencie cópia do **ato de concessão da aposentadoria, publicação no Diário Oficial** ou qualquer outro documento oficial **que comprove a data da concessão da aposentadoria**;
- 3) Providencie cópia de **contracheque mais recente possível**;
- 4) Fichas financeiras **dos últimos 05 anos**;
- 5) Providencie cópia de **sua Ficha Funcional**;
- 6) Providencie cópia de **RG e CPF**;
- 7) Providenciar cópia de **comprovante de residência (água, luz ou telefone fixo)**.

SE FOR **PENSIONISTA**, SIGA AS INSTRUÇÕES ABAIXO:

- 1) Preencha e assine a **Ficha de Filiação**;
- 2) Providencie cópia de **contracheque mais recente possível da pensionista**;
- 3) Providencie cópia do **ato de concessão da aposentadoria do instituidor de sua pensão, publicação no Diário Oficial**, ou qualquer outro documento oficial que comprove a **data da concessão da aposentadoria do instituidor de sua pensão**;
- 4) Providencie fichas financeiras dos últimos 05 anos **em nome do pensionista**;
- 5) Providencie fichas financeiras dos últimos 05 anos **em nome do instituidor da pensão**;
- 6) Providencie cópia da **Ficha Funcional do instituidor de sua pensão**;
- 7) Providencie cópia da **certidão de óbito do instituidor da pensão**;
- 8) Providencie cópia de **RG e CPF da pensionista**;
- 9) Providenciar cópia de **comprovante de residência (água, luz ou telefone fixo)**.

Os documentos deverão ser remetidos pelos correios para:

ABASP

SCS - Quadra 08
Edifício Venâncio 2000
Bloco B-50 - 3º And - Sala 310
CEP 70.333-900
(61) 3201-0108

FICHA DE FILIAÇÃO

Indique sua situação: Aposentado Pensionista Servidor em atividade

| | | | |
|--|--|----------------------|--|
| Nome: | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| Nacionalidade: | Estado Civil: | | |
| <input type="text"/> | <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Solteiro(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viúvo(a) | | |
| Sexo: | Data de Nascimento: | CPF: | |
| <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Identidade (RG): | Órgão Emissor: | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |

DADOS DO BENEFÍCIO

| | | |
|-------------------------------|--|---------------------------------------|
| SIAPE | SIAPE DO INSTITUIDOR Apenas Pensionistas: | Início da Aposentadoria: ou Pensão |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Órgão ao qual é vinculado(a): | | |
| <input type="text"/> | | |

DADOS PARA CONTATO

| | | | |
|----------------------|----------------------|--|----------------------|
| Endereço: | | | |
| <input type="text"/> | | | |
| Bairro: | Número: | Complemento: aptº, lote, bloco, quadra | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Cidade: | UF: | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| CEP: | DDD: | Fone (Residencial) | Celular: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| E-mail: | | | |
| <input type="text"/> | | | |

Ciente e de acordo com o Art. 24, Inciso 1º do Estatuto Social
Estatuto disponível ao público em: www.abasp.org.br

_____, ____ de _____ de 20____

Assinatura do(a) Filiado(a)