



Nº. _____

ASSOCIAÇÃO PARANAENSE DE ADMINISTRADORES ESCOLARES - APADE
Declarada de Utilidade Pública - Lei Estadual nº. 7527/81
FICHA DE FILIAÇÃO

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

Estado civil: _____ Sexo: M () F () Data Nasc.: _____

Endereço: _____

Nº. _____ Bloco: _____ Apto.: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____ UF: _____

Fone/DDD: _____ Res.: _____ Com.: _____ Celular: _____

E-mail: _____

Professor Artigo 50 Servidor / Outra Secretaria

Valor da Contribuição Social: 1,562% do N-I Classe 1, do Quadro Próprio do Magistério.

Formas de Desconto

<input type="checkbox"/> PagSeguro	<input type="checkbox"/> Caixa E. Federal	Agência	<input type="checkbox"/> Balcão
<input type="checkbox"/> Estadual	<input type="checkbox"/> Banco Itaú	_____ Conta Corrente	<input type="checkbox"/> Carnê
<input type="checkbox"/> Municipal	<input type="checkbox"/> Banco do Brasil	_____	<input type="checkbox"/> Plano Médico

Autorização ► Autorizo o banco assinalado, no anverso desta ficha, a efetuar o débito, em minha conta corrente, dos valores referentes a mensalidades sociais da APADE, encargos financeiros e demais valores decorrentes. Esta filiação só poderá ser rescindida mediante requerimento escrito e assinado em documento próprio fornecido pela APADE, e seu deferimento fica condicionado a ausência de pendências jurídicas e ou financeiras com a associação. A rescisão acontecerá em até 60 (sessenta) dias a partir da data do pedido.

Forma do Desconto ► Sendo inviabilizado o desconto, por razões alheias ao interesse ora manifestado, fica a Entidade autorizada a efetivá-lo sob qualquer outra das formas previstas nesta ficha, bem como buscar informações perante instituições financeiras e/ou governamentais que possam viabilizar o referido desconto.

Valor da Contribuição Social ► A contribuição mensal, inclusive sobre o 13º salário, cuja autorização ora se faz, estabelecida no verso, será reajustada sempre que for concedido reajuste pelo governo ao QPM.

PRConsig ► Sendo funcionário público, deverá ser utilizada a senha própria para autorizar o desconto em Folha de Pagamento – Código 5CD.

Garantia de saldo em conta bancária ► **(Para a opção banco)**. Comprometo-me a manter saldo suficiente, para que seja efetivado o débito; caso contrário, o valor será debitado no mês seguinte, juntamente com a mensalidade do mesmo mês.

Autorização de Débito Automático Banco do Brasil ► Comprometo-me a autorizar junto ao Banco do Brasil o débito da mensalidade social da APADE sob o convênio nº 37723.

Autorização de Débito Automático Caixa Econômica Federal ► Comprometo-me a autorizar junto a Caixa Econômica Federal o débito da mensalidade social da APADE sob o convênio nº 500531.

Autorização de Débito Automático Banco Itaú ► Comprometo-me a autorizar junto a Banco Itaú o débito da mensalidade social da APADE sob o convênio nº 20826.

Motivo da Filiação ► () Praia () Jurídico () AFEA () Plano Médico () Convênios

Local: _____ Data ____ / ____ / ____

Assinatura conforme RG

Anexar cópia do Contracheque.

Angariado por: _____

Município: _____