

**FICHA DE FILIAÇÃO**  
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: \_\_\_\_\_

DDD: \_\_\_\_\_ Fone Res: \_\_\_\_\_ Fone Com: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Órgão de Lotação: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

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

**Formas de Desconto**

<b>Folha:</b>	<b>Banco:</b>	<b>Agência</b>	<b>Outros:</b>
<input type="checkbox"/> Estadual	<input type="checkbox"/> Caixa E. Federal	_____	<input type="checkbox"/> Balcão
<input type="checkbox"/> Municipal	<input type="checkbox"/> Banco Itaú	<b>Conta Corrente</b>	<input type="checkbox"/> Carnê
	<input type="checkbox"/> PagSeguro	_____	<input type="checkbox"/> VitalMed

**Autorização** ► Autorizo o desconto do valor e na forma assinalados no quadro do verso, correspondente à mensalidade social. A presente autorização somente poderá ser suspensa ou cancelada mediante solicitação pessoal, escrita e dirigida à APADE, para deferimento ou não, caso haja pendência.

**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.

Motivo da Filiação ► ( ) Praia ( ) Unimed ( ) Jurídico ( ) AFEA ( ) Outros \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura conforme RG

**Anexar cópia do Contracheque.**

Angariado por: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_