



**ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS SERVIDORES TÉCNICOS  
ADMINISTRATIVOS E AUXILIARES DO MAPA**

FILIAÇÃO  ALTERAÇÃO

DADOS PESSOAIS				
NOME:				
ENDEREÇO:				
BAIRRO:			CIDADE:	
UF:	CEP:		NACIONALIDADE:	
CPF:		RG:	DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	
SEXO	<input type="checkbox"/> MASCULINO	ESTADO CIVIL:		
	<input type="checkbox"/> FEMININO	ESCOLARIDADE:		
TEL. RESIDENCIAL: (____) _____ - _____			CELULAR: (____) _____ - _____	
E-MAIL PESSOAL:				
DADOS PROFISSIONAIS				
SIAPE:		CARGO:		
NÍVEL	<input type="checkbox"/> AUXILIAR	CLASSE:		
	<input type="checkbox"/> INTERMEDIÁRIO	PADRÃO:		
	<input type="checkbox"/> SUPERIOR	VENCIMENTO BÁSICO:		
LOTAÇÃO:		CIDADE:		UF:
ENDEREÇO INSTITUCIONAL:				CEP:
SITUAÇÃO	<input type="checkbox"/> ATIVO	DATA DE ADMISSÃO:		DATA DA APOSENTADORIA:
	<input type="checkbox"/> APOSENTADO	____/____/____		____/____/____
	<input type="checkbox"/> PENSIONISTA	____/____/____		____/____/____
E-MAIL INSTITUCIONAL:				
PENSIONISTAS				
NOME DO INSTITUIDOR:				
SIAPE DO INSTITUIDOR:			CPF DO INSTITUIDOR:	
PERCENTUAL DA PENSÃO:			SIAPE DO BENEFICIÁRIO (PENSIONISTA):	
DEPENDENTES				
NOME		SEXO	DATA NASC.	GRAU DO PARENTESCO
			____/____/____	
			____/____/____	
			____/____/____	
			____/____/____	
Declaro pela exatidão das informações prestadas, informando futuras alterações em meu cadastro e requeiro nos termos das disposições estatutárias, filiação a Associação Nacional dos Servidores Técnicos, Administrativos e Auxiliares do Mapa ASTECAA. Declaro que tenho ciência do estatuto, autorizando o desconto da contribuição mensal em folha de pagamento ou débito em conta.				

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local/UF

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Associado

**USO EXCLUSIVO DA ASSOCIAÇÃO**

Homologado, atende aos dispositivos estatutários.

Não homologado.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local/UF

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura