



FORMULÁRIO DE CADASTRO AES

Os dados solicitados são de uso exclusivo da AES e serão utilizados para elaboração e consulta do cadastro do associado, cumprindo as regras trazidas pela Lei 13.709 (Lei Geral de Proteção de Dados)

Solicito:

Minha admissão ao Quadro de Associados Minha readmissão ao Quadro de Associados

Dados Pessoais

NOME SOCIAL:			
NOME:			DATA NASC: / /
Nº NI:	CPF:	RG:	EST. EMISSOR:
COM QUAL GÊNERO SE IDENTICA? <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Outro			
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> SOLTEIRO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> VIÚVO(A) <input type="checkbox"/> DESQUITADO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/>			
FILIAÇÃO 1 (ou NOME COMPLETO DA MÃE):			
FILIAÇÃO 2:			

Dados Residências:

Endereço:			Nº:
Complemento:	CEP:		
BAIRRO:	CIDADE:	ESTADO:	
TEL. RES.(DDD):	TEL. COM. (DDD):	RAMAL:	
Cel (DDD):	E-MAIL:		

Enquadramento Requerido

Associado Ativo Aposentado Associado Agregado Ex -Empregado Senai Empregado da AES

Situação Profissional do Associado Ativo

CARGO:	ÓRGÃO:
DATA DE ADMISSÃO:	CLASSE SALARIAL:

Aposentado SENAI

ÚLTIMO CARGO OCUPADO:	ÓRGÃO:
DATA DE ADMISSÃO:	DATA DE DESLIGAMENTO:

Dependentes (Vide Artigo 7º. do Estatuto Social da AES disponível no Site www.aessenai.org.br)

NOME:	GENERO	PARENTESCO	DATA DE NASC.
	M () F () Outro ()		/ /
	M () F () Outro ()		/ /
	M () F () Outro ()		/ /
	M () F () Outro ()		/ /
	M () F () Outro ()		/ /
	M () F () Outro ()		/ /

Afins (Vide Artigo 8º. do Estatuto Social da AES disponível no Site www.aessenai.org.br)

NOME:	GENERO	PARENTESCO	DATA DE NASC.
	M () F () Outro ()		/ /
	M () F () Outro ()		/ /
	M () F () Outro ()		/ /
	M () F () Outro ()		/ /

Fundo Mútuo de Solidariedade:

DESEJA PARTICIPAR DO FUNDO MUTUO DE SOLIDARIEDADE SIM () NÃO ()

BENEFICIÁRIO (A):		
RG:	CPF:	
Aceito participar do fundo mútuo de solidariedade e autorizo o desconto das contribuições devidas		
Assinatura _____	Local _____	Data _____

Autorização para desconto em folha () Empregado do DR SENAI/SP () Empregado da AES

NOME:	RG:	CPF:
ÓRGÃO:	NÚMERO:	Nº IDENTIFICAÇÃO:

Pela presente, autorizo que seja deduzido do meu salário a importância correspondente a mensalidade vigente (0,7 % do salário base), bem como dos demais serviços que por mim venham a ser adquiridos junto à Associação dos Empregados do SENAI.

Comprometo-me a manter a AES informada no caso de alterações de endereço, telefone e dados pessoais.

São Paulo, Assinatura: _____

Termo de Responsabilidade

- () Ex empregado do SENAI/SP, desligado após sua aposentadoria, categoria Associado Aposentado
 () Ex empregado do SENAI/SP, desligado por outros motivos, categoria Associado Agregado
 () O cônjuge e o (a) filho (a), solteiro ou casado, de associado Ativo ou Aposentado, categoria Associado Agregado
 () O dependente solteiro, quando perder a condição de dependência, categoria Associado Agregado

NOME:	RG:	CPF:
Estou ciente que:		
<ul style="list-style-type: none"> O boleto incluirá: mensalidade da AES; custo do boleto; serviços contratados e outros encargos assumidos pelo interessado; a cobrança das mensalidades e demais despesas de serviços contratados serão efetuadas por meio de boleto bancário, pagável em qualquer banco, até a data de vencimento; a não quitação do boleto no prazo do seu vencimento implicará na cobrança de juros diários de 0,03% e de multa de 2% ao mês; o associado que deixar de pagar duas mensalidades, consecutivas ou não, ou deixar de honrar, por um período superior a 60 dias, outras obrigações pecuniárias assumidas com a AES, será desfilado da AES por inadimplência. 		
Comprometo-me a manter a AES informada no caso de alteração de endereço, telefone e dados pessoais.		
SÃO PAULO, _____	ASSINATURA: _____	

IMPORTANTE: Quem me indicou para a AES foi o (a) Associado (a):
 Nome Completo: _____ CPF: _____