



Associação dos Oficiais da Reserva, Reformados
e Pensionistas da PM / CBM - PE

DADOS PESSOAIS

NOME COMPLETO _____ DATA DE NASCIMENTO _____

CPF _____ CÉDULA / IDENTIDADE _____ ÓRGÃO EMISSOR UF _____ PROFISSÃO _____ MATRÍCULA _____ POSTO MILITAR / CIVIL _____

SEXO M F ESTADO CIVIL CASADO (A) VIÚVO (A) DESQ. / DIVORC. COMPANHEIRO (A) SOLTEIRO (A) CORPORACÃO PM BM SITUAÇÃO ATIVA INATIVO PENSIONISTA ESCOLARIDADE 2º GRAU SUPERIOR OUTROS

PAI (NOME COMPLETO) _____

MÃE (NOME COMPLETO) _____

RESIDÊNCIA

ENDEREÇO RESIDENCIAL _____ Nº _____ COMPLEMENTO _____

BAIRRO _____ CIDADE _____ UF _____ CEP _____

DDD _____ TELEFONE RESIDENCIAL 1 _____ DDD _____ TELEFONE RESIDENCIAL 2 _____ TELEFONE CELULAR _____ E-MAIL _____

DADOS DO CÔNJUGE

NOME COMPLETO DO CÔNJUGE _____ DATA DE NASCIMENTO _____

CPF _____ CÉDULA / IDENTIDADE _____ ÓRGÃO EMISSOR UF _____ DATA DE EXPEDIÇÃO _____

EMPRESA NA QUAL ELE (A) TRABALHA _____ DDD _____ TELEFONE _____ RAMAL _____ TELEFONE CELULAR _____

DEPENDENTES

	NOME DO DEPENDENTE	RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA	DATA DE NASCIMENTO
01	_____	_____	_____
02	_____	_____	_____
03	_____	_____	_____
04	_____	_____	_____
05	_____	_____	_____
06	_____	_____	_____

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a ASSORRP - Associação dos Oficiais da Reserva, Reformados e Pensionistas da PM/CBM-PE, mandar proceder o desconto em minha conta-corrente nº _____ Ag. _____, do Banco Santander Banco Bradesco , do valor por mim devido, referente ao Plano de Saúde ASSORRP - UNIMED, incluso a importância de R\$ 1,50 (um real e cinquenta centavos), atinente a taxa cobrada por aquela Instituição para procedimento do aludido procedimento bancário.

ASSINATURA DO TITULAR

RECIFE, _____ DE _____ DE 20 _____