

Favor preencher com letra de forma e legível.

Para uso da associação DATA INICIAL:

Nome completo sem abreviaturas

Siape

Telefone Residencial

Telefone celular

Outro telefone:

( )

( )

( )

Situação

( ) Técnico-administrativo ativo ( ) Professor ativo ( ) Pensionista

( ) Técnico-administrativo inativo ( ) Professor inativo ( ) Outra:

E-mail

Motivo da desfiliação:

Local: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

## PARA USO DA ASCEFET:

O associado possui alguma pendência com a ASCEFET?

SIM

NÃO

VISTO




Exclusão do cadastro geral de associados da ASCEFET?

SIM

NÃO

VISTO




Exclusão do Seguro de Vida e Auxílio Funeral?

SIM

NÃO

VISTO




Possui Plano de Saúde na ASCEFET?

SIM

NÃO

VISTO




## OBSERVAÇÕES:

DATA FINAL:

DESFILIAÇÃO APROVADA EM: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ASSINATURA DA ASCEFET