

INSTRUÇÕES PARA FILIAÇÃO

SE VOCÊ É APOSENTADO

- 1) preencha e assine a **FICHA DE FILIAÇÃO**;
- 2) cópia da **identidade, CPF e comprovante de residência**;
- 3) cópia de 01 contracheque **ANO 2003**;
- 4) cópia de 01 contracheque **ANO 2008**;
- 5) cópia de 01 contracheque **ANO 2016** ou **2017**;

SE VOCÊ É PENSIONISTA

- 1) preencha e assine a **FICHA DE FILIAÇÃO**;
- 2) cópia da **identidade, CPF e comprovante de residência**;
- 3) cópia de 01 contracheque **ANO 2005**;
- 4) cópia de 01 contracheque **ANO 2008**;
- 5) cópia de 01 contracheque **ANO 2016** ou **2017**;
- 6) cópia de 01 contracheque **de qualquer ano**, do **instituidor da pensão** (instituidor significa: quem originou a pensão);

Após providenciar a documentação solicitada, **remeta a mesma para o nosso endereço em Brasília.**



Associação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas
do Serviço Público Federal



NO RIO DE JANEIRO
Avenida Presidente Vargas, nº 590
Edifício Lisboa - Sala 604
Centro
20071-000
Tel (21) 3827-5505 / 3807-1122



EM BRASÍLIA
SCS - Quadra 08 - Ed. Venâncio 2000
Bloco B-50 - 3º Andar - Sala 310
Brasília DF
70333-900
Tel (61) 3201-0108

FICHA DE FILIAÇÃO

Indique sua situação Aposentado Pensionista

Nome			
<input type="text"/>			
Nacionalidade	Estado Civil		
<input type="text"/>	<input type="radio"/> casado(a)	<input type="radio"/> solteiro(a)	<input type="radio"/> divorciado(a) <input type="radio"/> separado(a) <input type="radio"/> viúvo(a)
Sexo	Data de nascimento	CPF	
<input type="radio"/> masculino <input type="radio"/> feminino	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Identidade (RG)	Órgão Emissor		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

DADOS DO BENEFÍCIO

SIAPE	SIAPE DO INSTITUIDOR <small>preencher apenas pensionistas</small>	Início da Aposentadoria ou Pensão
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Órgão ao qual é vinculado(a)		
<input type="text"/>		

DADOS PARA CONTATO

Endereço			
<input type="text"/>			
Bairro	Número	Complemento: aptº, lote, bloco, quadra	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Cidade	UF		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
CEP	DDD	Telefone fixo	Celular
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail			
<input type="text"/>			

Ciente e de acordo com o artigo 24, inciso 1º do Estatuto Social
Estatuto disponível ao público no site (www.abasp.org.br)

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do(a) Filiado(a)