



Sede Própria: Rua Humaitá, 483 - Bela Vista - CEP: 01321-010 - CEP 01001-901 - Central de Atendimento: (11) 3292-5500 - www.aprofem.com.br

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Tel. Residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**Dados Funcionais:**

Vínculo: \_\_\_\_\_ 1º Cargo/Função: \_\_\_\_\_

Situação Funcional: \_\_\_\_\_ Jornada: \_\_\_\_\_ Padrão: \_\_\_\_\_

Lotação/Exercício: \_\_\_\_\_

Prefeitura Regional/DRE: \_\_\_\_\_ E.H. (Estrutura Hierárquica): \_\_\_\_\_

Substituição/Designação/Nomeação (Cargo em Comissão): \_\_\_\_\_

Vínculo: \_\_\_\_\_ 2º Cargo/Função: \_\_\_\_\_

Situação Funcional: \_\_\_\_\_ Jornada: \_\_\_\_\_ Padrão: \_\_\_\_\_

Lotação/Exercício: \_\_\_\_\_

Prefeitura Regional/DRE: \_\_\_\_\_ E.H. (Estrutura Hierárquica): \_\_\_\_\_

Substituição/Designação/Nomeação (Cargo em Comissão): \_\_\_\_\_

Indicado por:

R.F.: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Obs.: É de exclusiva responsabilidade do filiado a comunicação imediata à APROFEM em caso de desligamento da PMSP

**Termos de Uso e Privacidade**

Ao assinar esta ficha de filiação, concordo que a APROFEM realize o tratamento dos meus dados pessoais, desde que sejam respeitados os princípios de boa-fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação, responsabilização e prestação de contas, em cumprimento à legislação aplicável, especialmente a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD - Lei nº 13.709/2018). Também declaro ter ciência e concordar com o Termo de Uso e Política de Privacidade da APROFEM.

Anexar cópia simples do RG, do CPF e do holerite

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura



AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO  
(nos termos do Decreto 58.890 de 30/07/2019)

Eu, \_\_\_\_\_

R.F.: \_\_\_\_\_ C.P.F. \_\_\_\_\_, AUTORIZO descontar de meus vencimentos a favor da entidade consignatária em epígrafe, valor mensal atual de R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) equivalente a 1% (um por cento do meu padrão de vencimentos e referente à mensalidade. Em se tratando de empréstimo pessoal/imobiliário/linha de crédito especial/colônia de férias, o valor acima será descontado em \*\*\*\*\* parcelas, totalizando R\$\*\*\*\*\* (\*\*\*\*\*).

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e R.G. do Filiado

\_\_\_\_\_  
Carimbo/Assinatura do responsável pela Consignatária