



União Nacional dos Servidores da
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

FICHA DE FILIAÇÃO / REFILIAÇÃO

Ao (à) Presidente da UNASP,

Por meio desta, solicito minha () **filiação** () **refiliação** junto à UNASP. Declaro que as informações cadastrais abaixo são verdadeiras e estou ciente que as contribuições mensais são de minha inteira responsabilidade, bem como a informação desses pagamentos, no valor relativo ao nível do meu cargo, aprovado em assembleia geral de 2012. Tenho ciência que o desligamento da associação é consequência de inadimplência por três meses consecutivos ou cinco meses descontinuados e que a refiliação exige o pagamento de taxa cujo valor é a soma de cinco meses de contribuição mais a primeira contribuição mensal. Esse valor da refiliação só é dispensado, caso o associado(a) tenha feito uma solicitação de cancelamento da filiação antes de cessar o pagamento das suas contribuições. Assim sendo, estou ciente e declaro que efetuari os pagamentos relativos à minha contribuição de maneira espontânea, mensalmente, até o dia 09 de cada mês, por meio de transferências bancárias ou depósitos na conta corrente da UNASP, qual seja: Banco Credfaz SICOOB, Agencia 4221, conta corrente 12666-7; CNPJ 01.493.373/0001-04, ainda, que enviarei os comprovantes dessas transferências para o email filiado.unasp@gmail.com com as devidas identificações do meu nome completo e CPF, dados imprescindíveis ao controle financeiro da UNASP. Estou ciente, também, que ao pagar via PIX, o CNPJ é a chave nº 01493373000104.

Dados Cadastrais

Nome	:							
Cargo	:		Nível do Cargo	:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					N.A	N.M	N.S	
CPF	:		Valores das Contribuições	:	R\$ 10,00	R\$ 20,00	R\$ 33,00	
		Unidade de lotação/ de exercício/ setor de trabalho, no caso de servidores ativos:						
Email pessoal	:							
Endereço	:							
Município	:		UF	:		CEP	:	
Telefone Fixo	:	DDD ()		WHATSAPP	:	DDD ()		
Siape	:		Identidade	:		Órgão Emissor	:	

Ciente e de acordo com os termos do requerimento de filiação, NTPD.

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do(a) Requerente

IMPORTANTE: Após preenchimento, favor juntar a ficha ao comprovante de residência e cópia de identidade, o comprovante de pagamento da primeira contribuição e encaminhar para filiado.unasp@gmail.com informando seu nome completo e CPF no texto da mensagem. Aguarde o deferimento da filiação.