

Dados pessoais

Nome: _____

Área de Atuação: Estadual Federal Militar Trabalhista

Ramo de Atividade: Cível Criminal

Cargo na Magistratura: _____

Instância: 1º Grau 2º Grau Ministro

E-mail: _____ CPF: _____

RG: _____ Org. Exp.: _____

Data de nascimento: ____/____/____ (dd/mm/aaaa) Sexo: F M

Naturalidade: _____ UF: _____

Nacionalidade: _____ Tipo Sanguíneo: _____

Estado Civil: _____ Cônjuge: _____

Filiação

Mãe: _____

Pai: _____

Dados funcionais

Situação profissional atual: Ativa Aposentado (a) Pensionista

Associação à qual é filiado (a): _____

Data de ingresso na magistratura: ____/____/____ (dd/mm/aaaa)

Telefones (fornecer ao menos um)

Residencial: () _____ Celular: () _____ Comercial: () _____

End. para corresp.

Endereço: _____ Número: _____

Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

UF: _____ CEP: _____

Autorização

Venho requerer, através deste formulário, que sejam procedidos descontos em folha de pagamento dos meus vencimentos da contribuição de associado destinada à Associação dos Magistrados Brasileiros, atualmente no valor mensal de R\$ 98,23 (noventa e oito reais e vinte e três centavos), *nos termos do art. 52, Inciso I do Estatuto – contribuição mensal do Associado, equivalente a 0,25% do subsídio pago a Ministro do Supremo Tribunal Federal.*

_____, ____/____/____ de 20____

Assinatura

Rev. 01

Envie esta ficha preenchida, digitalizada e uma foto 3 x 4 para o e-mail cadastro@amb.com.br

Obs. Todos os campos são de preenchimento obrigatório.