



ASSOCIAÇÃO DOS PARTICIPANTES E ASSISTIDOS DE FUNDAÇÕES
E SOCIEDADES CIVIS DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR
DA ÁREA DE TELECOMUNICAÇÕES

SE VOCTMJ^o CONHECE, ANOTE AQUI O SEU N^oDE ASSOCIADO DA ASTEL _____

APOSENTADO(A)

PENSIONISTA

ATIVO(A)

EMPRESA EM QUE TRABALHA(OU): _____

PLANO: PBS PBS A PBS Telefonica PBS CPqD PBS Telesp Celular CPqD Prev TCP Prev
 VISÃO Telefonica VISÃO Telefonica Empresas VISÃO T-Gestiona

FICHA CADASTRAL E DE ADESÃO

Dados Pessoais

Nome		Matricula SISTEL n ^o
Endereço		Bairro
CEP	Cidade	Estado
Telefone(s) ()		
Correio(s) eletrônico(s)		
Data de nascimento	Cidade-Estado	Sexo
Estado civil	CPF	RG
Nome do pai		
Nome da mãe		
Nome do cônjuge		Data de nascimento
Demais dependentes		
Nome	Grau de parentesco	Data de nascimento

Eu, acima qualificado(a), manifesto minha concordância em participar como membro efetivo da ASSOCIAÇÃO DOS PARTICIPANTES E ASSISTIDOS DE FUNDAÇÕES E SOCIEDADES CIVIS DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR DA ÁREA DE TELECOMUNICAÇÕES – ASTEL-ESP, comprometendo-me, uma vez concretizada a minha admissão, a acatar as cláusulas estatutárias inerentes aos associados.

São Paulo, __ de _____ de 20__

De acordo:

assinatura associado

Italo José Portinari Greggio
Presidente da Diretoria Executiva