



FICHA DE FILIAÇÃO

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, no valor mensal de R\$ 98,23 (noventa e oito reais e vinte e três centavos).

_____, ____/____/____ de 20____

Assinatura

Setor Comercial Norte - Quadra 2, Bloco D, Torre B - Conjunto 1.302
Centro Empresarial Liberty Mall - Brasília/DF - CEP: 70712-903 — Tel: (61) 2103-9000

**Envie esta ficha para a AMB ou acesse www.amb.com.br para se filiar.
Você pode enviá-la por meio do fax (61) 2103-9036 ou escaneá-la e enviar para cadastro@amb.com.br**

*Todos os campos são de preenchimento obrigatório.