

FICHA DE FILIAÇÃO

Dados Pessoais

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

Sexo:  F  M Tipo Sanguíneo: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órg. Exp.: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cônjuge: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

Dados de Contato

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

Redes Sociais: \_\_\_\_\_

Telefone Celular: ( ) \_\_\_\_\_ Telefone Residencial: ( ) \_\_\_\_\_ Comercial: ( ) \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

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

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Dados Funcionais

Situação Profissional:  Na ativa  Aposentado  Pensionista

Ramo da Justiça:  Estadual  Federal  Militar  Trabalhista  Eleitoral

Cargo na Magistratura: \_\_\_\_\_

Associação à qual é filiado (a): \_\_\_\_\_ Tribunal: \_\_\_\_\_

Instância:  1º Grau  2º Grau  Ministro Exerce Jurisdição Eleitoral:  Sim  Não

Área de Atuação:  Civil  Criminal  Infância e Juventude  Família  Violência Doméstica  Eleitoral

Fazenda Pública  Juizados Especiais  Comarca Juízo Único

Ingresso na Magistratura: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**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\$ 115,92 (cento e quinze reais e noventa e dois centavos)**, nos termos do art. 55, Inciso I do Estatuto – contribuição mensal do Associado, equivalente a 0,25% do subsídio pago a Ministro do Supremo Tribunal Federal.
- Tipo sanguíneo, informação necessária para possível atendimento emergencial. Base legal: Art. 7º inciso VII, Lei 13.709/2018.
- **Autorizo a Associação dos Magistrados Brasileiros - AMB utilizar os meus dados para o envio de informações referentes às atividades da Associação. Concedo permissão para o compartilhamento desses dados com empresas conveniadas à AMB.**
- **Concordo em atualizar os dados preenchidos anualmente ou sempre que ocorra alguma alteração.**

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Envie esta ficha preenchida e assinada, e uma foto 3 x 4 para o e-mail: [cadastro@amb.com.br](mailto:cadastro@amb.com.br)  
Obs. Todos os campos são de preenchimento obrigatório.

Rev. 06 de 01/04/2024