

# Adusp - S. Sind. Ficha de Filiação

## Dados profissionais

Nº funcional/Nº USP

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Unidade

Departamento

DDD, telefone e ramal do departamento

E-Mail

## Dados pessoais

Nome

Endereço

CEP

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Cidade

UF

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

DDD e telefone residencial

Local e Data

Assinatura

Envie esta ficha para a Adusp, por correio (Av. Prof. Almeida Prado, 1366 • S. Paulo/SP • CEP: 05508-070), por malote ou por intermédio do representante de sua unidade no CR. Para dúvidas, ligue para (11) 3091-4466 / 3813-5573.

**ATENÇÃO:** Não se esqueça de preencher os campos **EMISSÃO** (coloque a data de hoje) e **ASSINATURA** abaixo

### UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO AUTORIZAÇÃO PARA CONSIGNAÇÕES

ENTIDADE CONSIGNATÁRIA:

**ADUSP – ASSOCIAÇÃO DOS DOCENTES DA USP**

NOME DO ASSOCIADO:

**AUTORIZA A IMPLANTAR E/OU ALTERAR AS CONSIGNAÇÕES EM SEUS VENCIMENTOS, SOB OS CÓDIGOS ABAIXO RELACIONADOS**

**CÓDIGO DA OPERAÇÃO**

- 1 – IMPLANTAR
- 2 – ALTERAR
- 3 – CANCELAR

**NÚMERO DE PARCELAS**

- 11 – Nº DE PARCELAS
- 99 - INFINITO

**TIPO DO PAGAMENTO**

- N - NORMAL
- E - ESPECIAL

**Nº DO SERVIDOR**

|   |  |  |  |  |  |  |   |
|---|--|--|--|--|--|--|---|
|   |  |  |  |  |  |  |   |
| 1 |  |  |  |  |  |  | 7 |

**ENT. CONS. COD.**

|          |          |          |
|----------|----------|----------|
| <b>1</b> | <b>9</b> | <b>8</b> |
| 8        |          | 10       |

**CÓD. OPE**

|          |
|----------|
| <b>1</b> |
| 11       |

**ESPÉCIE**

|          |          |
|----------|----------|
| <b>3</b> | <b>0</b> |
| 12       | 13       |

**Nº PARC.**

|          |          |
|----------|----------|
| <b>9</b> | <b>9</b> |
| 14       | 15       |

**VALOR**

|       |    |
|-------|----|
| ..... |    |
| 16    | 27 |

**TIPO PAGTO**

|          |
|----------|
| <b>E</b> |
| 28       |

**EMISSÃO**

**ASSINATURA DO ASSOCIADO**

**ASSINAT. ENT. CONSIGNATÁRIA**

**ASSINAT. ÓRGÃO DE PESSOAL**

Coloque a data aqui ↑

Não se esqueça de assinar aqui ↑

Obs. O valor da contribuição é de 1% sobre o salário referência