

Nome				
Matricula TCMG (servidor)	Lotação	Diretoria		Coordenadoria
Turno M T I	Ramal		Fax	Data de Nascimento
Sexo M F	Estado Civil S C D Outro	Nacionalidade B E	Naturalidade (cidade)	Estado
CPF No.		Identidade		Orgão Emissor
End: Rua/Av./Pca.			No.	Complemento
Bairro		Cidade		
CEP	Fone Residencial		Fone Comercial	
Celular		E-mail		
Filiação	Pai			
	Mãe			
DEPENDENTES				
(Somente filhos e côjuge)				
Depend.	Nome Completo		Data Nasc.	Sexo
I				F M
II				F M
III				F M
IV				F M
V				F M
VI				F M
VII				F M
VIII				F M
Declaro que as informações aqui contidas representam a expressão da verdade, podendo ser submetidas à aprovação. Autorizo que o Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais e/ou a empresa prestadora de serviços a esse Tribunal a que estiver vinculado(a) desconte as contribuições mensais em minha folha de pagamento, nos termos do disposto no art. 9o. do Estatuto da ASSCONTAS, bem como todos os serviços e/ou produtos por mim utilizado/adquiridos junto a esta associação que sejam para pagamento através do desconto em folha. CÓPIAS ANEXAS DOS SEGUINTES DOCUMENTTOS: carteira profissional/ou contra-cheque, carteira de identidade ou certidão de nascimento (do titular e seus dependentes), CPF e comprovante de residência atualizado.				
Belo Horizonte / / /		_____ ASSOCIADO		
PRESIDENTE - ASSCONTAS				
PARA USO INTERNO				
LANÇADO NO SISTEMA	NOME DO FUNCIONÁRIO			VISTO