

FICHA DE FILIAÇÃO N° _____

☐ Nova inscrição ☐ Alteração

DADOS PESSOAIS

Siape: _____ Nome: _____
CPF: _____ RG: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: ☐ M ☐ F
Estado Civil: _____ Cônjuge: _____ Contato: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
E-mail: _____ E-mail recado: _____
Telefone: () _____ Celular/WhatsApp: () _____ Telefone Recado: () _____

DADOS DO INSTITUIDOR DA PENSÃO

Siape do instituidor: _____
Nome do instituidor da pensão: _____
Cargo: _____

DADOS BANCÁRIOS

☐ Banco do Brasil – Banco 001 ☐ Outro – Banco n° _____
Agência n° _____ Conta Corrente n° _____

Requeiro minha filiação junto ao Sindicato dos Servidores do Ministério da Fazenda no Paraná e Santa Catarina – SINDFAZPR/SC, e autorizo o desconto da mensalidade em folha de pagamento e/ou débito bancário, o valor de 1% sobre o valor bruto da folha de pagamento, bem como ajuizar ações administrativas e judiciais representativas em meu nome. Responsabilizo-me pela exatidão das informações prestadas, informando futuras alterações em meu cadastro e declaro ainda, concordar que o eventual cancelamento desta autorização dar-se-á somente com o conhecimento do SINDFAZ-PR/SC.

_____/_____/_____
Cidade/UF Data Assinatura

OBS: Válido somente com as cópias: último contracheque, portaria da pensão, comprovante de residência, certidão de óbito, RG e CPF.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Possui plano de saúde e/ou odontológico? ☐ Sim ☐ Não – Qual? _____
Se sim, recebe o “Per Capita” auxílio saúde suplementar? ☐ Sim ☐ Não
Possui seguro funeral? ☐ Sim ☐ Não – Qual? _____
Acessa seu contracheque? ☐ Sim ☐ Não