

## FICHA DE FILIAÇÃO Nº \_\_\_\_\_

☐ 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 FUNCIONAIS

Situação: ☐ Ativo ☐ Inativo Matrícula: \_\_\_\_\_ Data Aposentadoria: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Lotação: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Telefone Comercial: ( ) \_\_\_\_\_ Ramal: \_\_\_\_\_ Classe: \_\_\_\_\_ Padrão: \_\_\_\_\_

### DADOS BANCÁRIOS

☐ Banco do Brasil – Banco 001 ☐ Outro – Banco nº \_\_\_\_\_

Agência nº \_\_\_\_\_ Conta Corrente nº \_\_\_\_\_

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, comprovante de residência, RG, CPF e sendo o caso: portaria de aposentadoria.**

### 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