

SINTPREVS/PA

SINDICATO DOS TRABALHADORES PÚBLICOS EM PREVIDÊNCIA, SAÚDE, TRABALHO E ASSISTÊNCIA SOCIAL
NO ESTADO DO PARÁ
CNPJ: 05847645/0001-88

FICHA DO FILIADO

NOME: _____
MATRÍCULA SIAPE: _____ DATA NASC.: ____/____/____
SXO: ☐ MASC ☐ FEM CPF: _____
IDENTIDADE: _____ ORGÃO EXP.: _____ DATA EXP.: _____
END. RESIDENCIAL: _____
BAIRRO: _____ CIDADE: _____ UF: _____ CEP: _____
E-MAIL: _____ TELEFONE FIXO: _____
TELEFONE CELULA: _____ WATZAPP: _____

DADOS DO ORGÃO

ORGÃO: _____ ADMISSÃO: ____/____/____
MUN. TRAB.: _____ LOCAL: _____
CARGO PADRÃO: _____
FUNÇÃO: _____
SITUAÇÃO: ☐ ATIVO ☐ APOSENTADO ☐ PENSIONISTA

Comprometo-me a contribuir mensalmente de acordo com as disposições estatutárias do SINTPREVS.

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO

Autorizo, O SINDICATO DOS TRABALHADORES PÚBLICOS EM PREVIDÊNCIA, SAÚDE, TRABALHO E ASSISTENCIA SOCIAL NO ESTADO DO PARÁ, descontar mensalidade valor correspondente a 1% (um por cento) do salário bruto, em parcelas fixas na folha de pagamento e ou debito em conta, da remuneração por tempo indeterminado.

Belém, _____ de _____ de 20____.

ASSINATURA DO SINDICALIZADO