

FICHA DE FILIAÇÃO - (PENSIONISTAS)

DADOS PESSOAIS			
Nome: *			
CPF: *		Data de nascimento: * / /	
RG:	Órgão Exp.:	Data de Expedição: / /	
Sexo: FEMININO () MASCULINO ()		Estado Civil:	
Filiação:	Pai:		
	Mãe:		
Endereço:			
Bairro:			
Cidade:		UF: *	CEP:
Fone Residencial: ()		Celular: * ()	
Email:			
Contato de Emergência (Nome e Telefone):			
Banco:	Agência:	Conta Corrente:	
DADOS FUNCIONAIS			
Matrícula Pensionista: *		Regional:	
Natureza da Pensão:		() Vitalícia () Temporária Término da Pensão: __/__/____	
Nome do Falecido: *			
Matrícula do Falecido:			
Requer a filiação a essa Entidade Sindical, declarando conhecer os dispositivos estatutários e a política de privacidade do Sindicato, destacando que processamos seus dados pessoais de acordo com a nossa política de privacidade e termos de uso. Autoriza ainda, o desconto em folha de pagamento da contribuição mensal em favor desse Sindicato. Na impossibilidade do desconto em folha, autorizo o débito em conta corrente bancária de minha titularidade informada nesta ficha de filiação.			

Assinatura

Local/Data

Sede SINAL – SCS Quadra 1, Bloco G, Salas 401/402/408 – Ed Baracat – Brasília - DF. 70.397-900.

Tels.: (61) 3322-8208

*** Campos de preenchimento obrigatório.**