



FICHA DE FILIAÇÃO - (PENSIONISTAS)

DADOS PESSOAIS

Nome: *		
CPF: *		Data de nascimento: * / /
RG:	Órgão Exp.:	Data de Expedição: / /
Sexo: FEMININO () MASCULINO ()		Estado Civil:
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 termo 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.**