

Nova Inscrição

Alteração

### Dados Pessoais

Siape: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cônjuge (se não tiver, outra pessoa para contato): \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Telefone 2ª pessoa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail 2ª pessoa: \_\_\_\_\_

### 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 n° \_\_\_\_\_

Agência n° \_\_\_\_\_ Conta Corrente n° \_\_\_\_\_

Requeiro minha filiação junto ao Sindicato dos Servidores do Ministério da Fazenda no Paraná e Santa Catarina - SINDFAZ-PR/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 DO ÚLTIMO CONTRACHEQUE, RG E CPF.**