

Imprima a ficha abaixo, preencha com os dados solicitados, date, assine e depois envie para o seguinte endereço:

SINDSPREV-PE
Rua Marques do Amorim, 174 - Ilha do Leite - Recife-PE - CEP 50.070-330

FICHA DE FILIAÇÃO

DADOS PESSOAIS

NOME COMPLETO

Data Nascimento ____/____/____ Sexo M F Raça Negra Branca Parda

Estado Civil Obs. - Se casada ou divorciada,

citar nome anterior

CPF Identidade Órgão Emissor

Grau de Instrução

ENDEREÇO

COMPLEMENTO BAIRRO

CIDADE Estado CEP

FONE CELULAR E-MAIL

DADOS PROFISSIONAIS

MS INSS FNS MATRÍCULA De Origem Siape

SITUAÇÃO Ativo Aposentado em ____/____/____ REFERÊNCIA

CTPS Ex-CLT Sim Não

DATA ADMISSÃO PIS Nº

LOCAL DE TRABALHO

ENDEREÇO

COMPLEMENTO BAIRRO

CIDADE Estado CEP

FONE CELULAR E-MAIL

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA

Autorizo o desconto em folha de pagamento em caráter mensal, o correspondente à taxa de contribuição no percentual de 1% (hum por cento) em favor do Sindicato dos Trabalhadores Públicos Federais na Saúde e Previdência Social no Estado de Pernambuco.

Recife, de de

Assinatura