



SINPRF
SÃO PAULO

FICHA DE FILIAÇÃO - PENSIONISTA

DADOS DO(A) INSTITUIDOR(A):

NOME COMPLETO: _____

MATRÍCULA: _____

DATA DO FALECIMENTO: _____

ADMISSÃO NA PRF: _____

LOTAÇÃO: _____

CLASSE: _____

NÍVEL: _____

DATA DE SINDICALIZAÇÃO: _____

DADOS DO (A) PENSIONISTA

NOME: _____

RG: _____

CPF: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

SEXO: F M

ESTADO CIVIL: _____

SITUAÇÃO ATUAL: _____

MATRÍCULA: _____

CONTA CORRENTE: _____

BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

ENDEREÇO: _____

Nº _____

COMPLEMENTO: _____

CIDADE: _____

UF: _____

CEP: _____

BAIRRO: _____

E-MAIL: _____

E-MAIL: _____

TELEFONE RESIDENCIAL: _____

TELEFONE CELULAR: _____

WHATSAPP: _____

DESEJA RECEBER INFORMAÇÕES DO SINPRF-SP COMO?

 E-MAIL WHATSAPP CORREIO

QUER SER PARTICIPANTE DO AMFAS?

 SIM QUERO SER PARTICIPANTE DO COMPROMISSO DE AJUDA MÚTUA À FAMÍLIA DO SINDICALIZADO, ACEITANDO DESDE JÁ TODOS OS TERMOS DE SEU REGULAMENTO. **NÃO** QUERO SER PARTICIPANTE DO COMPROMISSO DE AJUDA MÚTUA À FAMÍLIA DO SINDICALIZADO.

CONTATO DE EMERGÊNCIA:

NOME: _____

TELEFONE: _____

Declaro aceitar as condições constantes do Estatuto do SINPRF-SP, comprometendo-me a cumpri-las e fazer com que sejam cumpridas na esfera da minha responsabilidade, autorizando, inclusive, o desconto em minha folha de pagamento referente à mensalidade sindical em favor do Sindicato dos Policiais Rodoviários Federais no Estado de São Paulo, decidido em Assembleia, **COMPROMETENDO-ME A AUTORIZAR O DESCONTO DA MENSALIDADE SINDICAL PELO APLICATIVO SOUGOV.BR.**

OBS: A FILIAÇÃO SOMENTE PRODUZIRÁ EFEITOS APÓS O RECEBIMENTO DESTA FICHA NA SEDE DO SINPRF-SP, DEVIDAMENTE PREENCHIDA E ASSINADA.

DATA: ___/___/___

ASSINATURA DO(A) PENSIONISTA

RECEBIDO NO SINPRF-SP EM: ___/___/___

NOME DO RECEBEDOR: _____

ASSINATURA DO RECEBEDOR: _____

DEFIRO A PRESENTE FILIAÇÃO_____
DIRETOR PRESIDENTE DO SINPRF-SP