

MATRÍCULA:



Sr. Presidente

| | | | |
|--|---------------------------|------------------------|-----|
| NOME : | | | |
| NOME DO FUNCIONÁRIO FALECIDO: (Preenchimento apenas para Pensionistas) | | Celetista | RJU |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL: | | | |
| BAIRRO: | CIDADE/ESTADO | CEP: | |
| TELEFONE RESIDENCIAL: | IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR: | CPF: | |
| SISBACEN: | ESTADO CIVIL | E-MAIL: | |
| DATA NASCIMENTO: | DATA DA POSSE: | DATA DA APOSENTADORIA: | |
| BANCO/ AGÊNCIA: | CONTA-CORRENTE: | TELEFONE BC: | |

Requer a filiação a essa Entidade Sindical, declarando conhecer os dispositivos estatutários. Autoriza ainda, desconto em folha de pagamento da contribuição mensal em favor desse Sindicato.

Local/Data: _____

Assinatura: _____

Obs: Todos os campos são de preenchimento obrigatório.

E-mail: sinal@sinal.org.br