



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:	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> E-MAIL <input type="checkbox"/> WHATSAPP <input type="checkbox"/> CORREIO			
QUER SER PARTICIPANTE DO AMFAS? <input type="checkbox"/> SIM QUERO SER PARTICIPANTE DO COMPROMISSO DE AJUDA MÚTUA À FAMÍLIA DO SINDICALIZADO, ACEITANDO DESDE JÁ TODOS OS TERMOS DE SEU REGULAMENTO. <input type="checkbox"/> 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 no valor de 1% (um por cento), referente à mensalidade sindical em favor do Sindicato dos Policiais Rodoviários Federais no Estado de São Paulo, decidido em Assembleia.			
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			