



SINDPREVS/SC

Sindicato dos Trabalhadores em Saúde
e Previdência do Serviço Público
Federal no Estado de Santa Catarina

FICHA DE FILIAÇÃO

Nome CPF

Matr. SIAPE RG..... Órgão emissor/..... Data da Expedição/...../.....

Data Nasc./...../..... Sexo Masc. () Fem. () Estado civil.....

Data Casamento./...../..... Natural (cidade) UF.....

Fone Res. () Celular ().....

e-mail 1..... e-mail 2.....

Contato Profissional: Fone ()..... Fax ()..... Ramal.....

Nome da Mãe

Nome do Pai

RESIDENCIAL:

Endereço

Bairro Cidade UF

CEP

PROFISSIONAL: MS () INSS () ANVISA () RECEITA FEDERAL ()

Local de Trabalho Endereço

Bairro..... CEP..... Cidade..... UF.....

Carteira de Trabalho Número Série

Cargo..... Referência..... Escolaridade

Nº PIS..... Data de admissão no Serv. Público/...../.....

Banco..... Agência. Conta corrente

Situação: ATIVO () APOSENTADO () Data Aposentadoria/...../.....

PENSIONISTA () Instituidor da Pensão: Matrícula

Nome Data do falecimento/...../.....

Dependente(s) – APRESENTAR COMPROVAÇÃO OFICIAL.

1- Nome

Grau de parentesco Data Nasc./...../..... Sexo M () F ()

CPF..... RG..... Nome da Mãe

2- Nome

Grau de parentesco Data Nasc./...../..... Sexo M () F ()

CPF..... RG..... Nome da Mãe.....



Rua Ângelo La Porta, nº 85, (esquina com a Raul Machado) Centro
Florianópolis/SC, CEP 88020-600, Fone/Fax: (48) 3224-7899
endereço eletrônico: sindprevs@sindprevs-sc.org.br
sítio: www.sindprevs-sc.org.br

Filiado à
FENASPS



SINDPREVS/SC

Sindicato dos Trabalhadores em Saúde
e Previdência do Serviço Público
Federal no Estado de Santa Catarina

AUTORIZAÇÃO DE COBRANÇA DE MENSALIDADE

Eu, _____,
servidor(a) lotado no MS(), INSS(), ANVISA(), RECEITA FEDERAL(),
Matrícula SIAPE _____, ocupante do cargo de _____,
situação ativo (), aposentado () ou pensionista (), solicito minha filiação ao
SINDPREVS/SC a partir de ____/____/____, autorizando a cobrança da mensalidade
em nome do **SINDPREVS/SC**, correspondendo a **1,5% (um e meio por cento)** sobre os
**meus rendimentos, seja mediante desconto em folha de pagamento ou cobrança
bancária.**

Local e Data

Assinatura

OBS.: É imprescindível anexar a este documento uma cópia de seu último contracheque.

**NENHUM
DIREITO
A MENOS!**



GESTÃO 2017/2020

Rua Ângelo La Porta, nº 85, (esquina com a Raul Machado) Centro
Florianópolis/SC, CEP 88020-600, Fone/Fax: (48) 3224-7899
endereço eletrônico: sindprevs@sindprevs-sc.org.br
sítio: www.sindprevs-sc.org.br

Filiado à
FENASPS