

# FICHA DE FILIAÇÃO

- Delegacia Regional do Trabalho
- Fundação Nacional de Saúde
- Ministério da Saúde
- Instituto Nacional de Seguro Social
- Ministério da Prev. e Assist. Social

matrícula SIAPE

## 1. Dados Pessoais

nome completo do filiado						sexo <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino	
CPF		identidade		carteira de trabalho		PIS/PASSEP	
data nascimento / /	nacionalidade	naturalidade		estado civil		grau de instrução	
endereço residencial				número	complemento		
bairro		cidade		UF	telefone residencial	telefone comercial	
CEP	e-mail			celular		fax	
nome do pai							
nome da mãe							
nome do cônjuge							

## 2. Dados do Empregador

situação <input type="checkbox"/> ativo <input type="checkbox"/> inativo <input type="checkbox"/> pensionista		cargo		data admissão		lotação	
matrícula do instituidor (para pensionista)				vínculo empregatício <input type="checkbox"/> celetista <input type="checkbox"/> estatutário <input type="checkbox"/> outro: _____			
setor				unidade de trabalho			

## 3. Dependentes

nome	sexo	data nascimento	grau de parentesco

## 4. Conta bancária

banco	agência	cód. agência	nº conta	tipo
-------	---------	--------------	----------	------

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
assinatura

O abaixo assinado acima identificado requer a V Sa. autorização a consignar em folha, mensalmente, o correspondente ao percentual de 1% (um por cento) do salário e ações judiciais transitado em julgado, em favor do **SINDPREV/ES - Sindicato dos Trabalhadores e Trabalhadoras Federais Saúde, Trabalho, Previdência no Estado do Espírito Santo – CNPJ:31.815.459/0001-77**

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
nome \_\_\_\_\_ matrícula SIAPE \_\_\_\_\_