

Nova Inscrição

Alteração

### Dados Pessoais

Siape: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cônjuge (se não tiver, outra pessoa para contato): \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Telefone: ( \_\_ ) \_\_\_\_\_ Celular: ( \_\_ ) \_\_\_\_\_ WhatsApp: ( \_\_ ) \_\_\_\_\_

Telefone 2ª pessoa: ( \_\_ ) \_\_\_\_\_ E-mail 2ª pessoa: \_\_\_\_\_

### Dados do Instituidor da Pensão

Siape do Instituidor: \_\_\_\_\_

Nome do Inst. Da Pensão: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Classe: \_\_\_\_\_ Padrão: \_\_\_\_\_

### Dados Bancários

Banco do Brasil – Banco 001     Outro – Banco n° \_\_\_\_\_

Agência n° \_\_\_\_\_ Conta Corrente n° \_\_\_\_\_

Requeiro minha filiação junto ao Sindicato dos Servidores do Ministério da Fazenda no Paraná e Santa Catarina - SINDFAZ-PR/SC, e autorizo o desconto da mensalidade em folha de pagamento e/ou débito bancário, o valor de 1% do valor da remuneração da folha de pagamento, bem como ajuizar ações administrativas e judiciais representativas em meu nome. Responsabilizo-me pela exatidão das informações prestadas, informando futuras alterações em meu cadastro e declaro ainda, concordar que o eventual cancelamento desta autorização dar-se-á somente com o conhecimento do SINDFAZ-PR/SC.

\_\_\_\_\_  
Cidade/UF

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**OBS: Válido somente com as cópias do último contracheque, comprovante de residência, certidão de óbito, RG e CPF.**