

**FICHA DE FILIAÇÃO**

|  |  |  |  |                                    |              |                   |
|--|--|--|--|------------------------------------|--------------|-------------------|
| <b>Dados Pessoais</b>  |  | Nome da empresa/Órgão  |  | Matrícula da Empresa/Órgão         |              |                   |
| Nome do(a) empregado(a)  |  |  |  |                                    |              |                   |
| Endereço Residência (Rua, nº apto)   |  |  |  |                                    |              |                   |
| Bairro   |  | Cidade   |  | UF                                 | CEP          | PIS/PASEP         |
| Autoriza divulgar endereços<br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |  | Sexo<br><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino |  | Fator RH                           | Estado Civil | Grau de Instrução |
| Nº do CPF  |  | Identidade (nº órgão)  |  | Carteira de Trabalho               |              |                   |
| Fone Comercial   |  | Fone Residencial   |  | Fone Celular                       |              | E-mail            |
| Data Nascimento  |  | Naturalidade   |  | Filiação (nome do pai/nome da mãe) |              |                   |

**Dados da Empresa**

|  |  |          |   |  |
|--|--|----------|---|--|
| Situação<br><input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Outra: _____<br><input type="checkbox"/> Pensionista - Tipo de Pensão: _____ |  | Admissão | Vínculo Empregatício<br><input type="checkbox"/> CLT <input type="checkbox"/> Estatutário <input type="checkbox"/> Outro: _____ |  |
| Local de Trabalho (prédio)   |  |          | Setor de Trabalho (lotação)   |  |
| Função   |  |          | Cargo   |  |

**Dependentes**

| Nome | Sexo | Data Nascimento | Grau Parentesco |
|------|------|-----------------|-----------------|
|      |      |                 |                 |
|      |      |                 |                 |
|      |      |                 |                 |
|      |      |                 |                 |
|      |      |                 |                 |

**AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA**

Enquanto filiado de acordo com as resoluções estatutárias autorizo a descontar mensalmente o correspondente a 0,75% (zero, setenta e cinco por cento) do salário bruto em favor do SINDPREV-BA - Sindicato dos Trabalhadores Federais em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social no Estado da Bahia.

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

NOME

MATRÍCULA

ASSINATURA

Obs.: É indispensável o preenchimento de todos os campos acima e anexar uma cópia do contra-cheque mais recentes.