



SINDPREV/DF

Sindicato dos Trabalhadores Federais em Saúde, Trabalho e Previdência Social no Distrito Federal

Filiado à
CUT
CNTSS

FILIAÇÃO

Dados Pessoais:

Nome: _____
Data de Nascimento: ___/___/___ Sexo: F () ou M () Estado Civil: _____
RG: _____ Órgão Emissor: _____ CPF: _____
PIS/PASEP: _____ e-mail: _____
Endereço: _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Município: _____ UF: _____
CEP: _____ Telefone residencial: _____ Celular: _____
Telefone comercial: _____

Dados Funcionais:

Mat. SIAPE: _____ Classe: _____ Ref./Padrão/ Nível: _____

Situação Funcional:

- () Ativo () Instituidor de Pensão
() Aposentado () Nomeado Cargo Comissão
() Cedido () Excedente a Lotação

Órgão:

- () Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - MP () Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA
() Ministério Trabalho e Emprego - MTb () Ministério da Previdência e Assistência Social - MPAS
() Instituto Nacional de Seguro Social - INSS () Ministério da Saúde - MS
() Fundação Nacional de Saúde - FUNASA

Unidade Pagadora: _____ Lotação: _____
Categoria Funcional: _____ Data de Ingresso no SPF: ___/___/___
Data de Aposentaria: _____ Data de óbito: _____

Dados Dependentes:

Nome: _____

Parentesco: _____

Data de Nascimento: _____

Nome: _____

Parentesco: _____

Data de Nascimento: _____

Nome: _____

Parentesco: _____

Data de Nascimento: _____

OBS: Para que sua filiação seja efetuada com sucesso, solicitamos a copia do contracheque.

Autorizo o SINDPREV-DF - Sindicato dos Trabalhadores Federais em Saúde, Trabalho e Previdência e Assistência

Social no DF, a descontar, mensalmente, a importância de 1% (um por cento) do bruto de minha remuneração, relativa á Contribuição Sindical.

Brasília, _____ de _____ de 20____ .

Assinatura do Servidor