



SINDICATO DOS EMPREGADOS NO COMÉRCIO DE PASSO
FUNDO E REGIÃO
RUA MOROM, 1731, ED. FIORI, 4º ANDAR. CENTRO – PASSO FUNDO/RS
FONE: 54 3311 1434 – 54 3317 1930 – 54 8116 1629
HOME PAGE: WWW.SECPF.COM.BR E-MAIL: SECPF@SECPF.COM.BR

FICHA DE FILIAÇÃO

Nº de Inscrição: _____

Nome Completo*: _____

Filiação: _____ e _____

Data de Nascimento*: ____/____/____ Naturalidade: _____

Estado Civil*: () Solteiro (a) () Casado (a) () Viúvo (a) () Separado (a) () União Estável () Outros: _____

Escolaridade: () 1º grau Compl. () 1º grau inc. () 2º Grau Compl. () 2º Grau Inc. () Superior Comp. () Sup Incom.

RG*: _____ CPF*: _____ Sexo*: () F () M

Endereço*: _____ Nº: _____ Compl.: _____

Bairro: _____ Cidade/RS: _____ CEP: _____

Fone: _____ Cel: _____ E-mail: _____

DADOS EMPRESA:

Razão Social*: _____

CNPJ*: _____ Nome Fantasia: _____

Endereço: _____ Compl.: _____ Fone: _____

Data da Admissão*: ____/____/____ Função*: _____ Salário atual: R\$ _____

PAGAMENTO*

Boleto Bancário: () Mensal de R\$ 20,00 (Vinte Reais)

Desconto em Folha: () Mensal de R\$ 20,00 (Vinte Reais)

Aposentado (a) () ISENTO

Eu, abaixo assinado, **AUTORIZO** a empresa a qual possuo vínculo a descontar mensalmente em minha folha de pagamento o valor de R\$ 20,00 (Vinte reais) a título de mensalidade para esta entidade, devendo a empresa repassar ao Sindicato todo dia 15 do mês seguinte. Bem como, as contribuições devidas ao Sindicato dos Empregados no Comércio de Passo Fundo e Região, a qual sou associado (a).

Passo Fundo, ____ de ____ de ____.

Assinatura Sócio (a)

Assinatura Diretoria SECPF

(*) Campos de preenchimento obrigatório.

DEPENDENTES

Nome*: _____ Data de Nascimento*: ____/____/____

Sexo: () F () M Parentesco*: _____ CPF/Identidade*: _____

Nome*: _____ Data de Nascimento*: ____/____/____

Sexo: () F () M Parentesco*: _____ CPF/Identidade*: _____

Nome*: _____ Data de Nascimento*: ____/____/____

Sexo: () F () M Parentesco*: _____ CPF/Identidade*: _____

Nome*: _____ Data de Nascimento*: ____/____/____

Sexo: () F () M Parentesco*: _____ CPF/Identidade*: _____

Nome*: _____ Data de Nascimento*: ____/____/____

Sexo: () F () M Parentesco*: _____ CPF/Identidade*: _____

Nome*: _____ Data de Nascimento*: ____/____/____

Sexo: () F () M Parentesco*: _____ CPF/Identidade*: _____

Declaro para os devidos fins, que as pessoas qualificadas acima são meus dependentes e tem direito aos benefícios concedidos por esta entidade sindical.

Passo Fundo, ____ de _____ de _____.

Assinatura Sócio (a)

Assinatura Diretoria SECPF

(*) Campos de preenchimento obrigatório.

Lembrando que dependentes são:

- Sócios com estado civil solteiro (a): Pai, mãe e filhos se houver.
- Sócios com estado civil casado (a): Esposo e filhos se houver.
- Sócios com estado civil união estável: Companheiro e filhos se houver.