



IDENTIFICAÇÃO DO FILIADO E REQUERIMENTO DE DESCONTO MENSAL EM FAVOR DO SINDAFTEMA

1. NOME: _____ Mat. _____

SIT. FUNCIONAL: ()ativo ()aposentado ()pensionista

ESTADO CIVIL: _____ CPF: _____ - _____ C.I: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ NATURALIDADE: _____

NOME DO CÔNJUGE: _____

FILIAÇÃO: _____

E-MAIL: _____

DEPENDENTES DO PLANO: _____

2. ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

CEP _____ MUNICÍPIO: _____

TELEFONES (____) _____ CELULAR (____) _____

3. LOCAL DE TRABALHO: _____

UNIDADE DE LOTAÇÃO: _____

CARGO ATUAL: _____

OUTROS CURSOS (MESTRADO, DOUTORADO, MBA, PÓS-GRADUAÇÃO...)

Solicito a minha filiação no quadro de associados do Sindicato dos Auditores Fiscais da Secretaria de Fazenda do Estado do Maranhão, de acordo com as normas estatutárias. Autorizo, desde já, as providências deste sindicato para efetuar o desconto de 1,0 % (Um por cento) sobre a remuneração mensal junto à Secretaria da Fazenda do Estado do Maranhão.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Filiado