



SINDICATO DOS TRABALHADORES FEDERAIS EM SEGURIDADE E SEGURO SOCIAL NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

CNPJ Nº 32325235/0001-40

☒ RUA JOAQUIM SILVA, 98-1º E 3º AND. LAPA CEP. 20241-110

☎ (021) 3478-8200 | email sindsprevrj@sindsprevrj.org.br

- FEDERAL
- ESTADUAL
- MUNICIPAL
- PENSIONISTA
- PRIVADO

COLAR
ETIQUETA AQUI

FICHA DE CADASTRAMENTO SINDICAL

INDISPENSÁVEL ANEXAR COPIA DO ÚLTIMO CONTRACHEQUE

DADOS PESSOAIS

(01) NOME: _____

(02) ÓRGÃO _____ (03) MATRÍCULA

(04) NACIONALIDADE _____ (05) NATURALIDADE _____

(07) DATA NASCIMENTO / / (06) SEXO (M/F) (08) ESTADO CIVIL (S/C/V/O)

(09) FILIAÇÃO: PAI: _____
MÃE: _____

(10) ENDEREÇO RESIDENCIAL (R., AV., NUMERO) _____
(11) BAIRRO _____

(12) CIDADE _____ (13) CEP

(14) TEL. RES: CELULAR.:

(15) CPF - (16) PIS/PASEP:

(17) RG (18) DATA EMISSÃO / /

(19) EMISSOR / (20) E-MAIL

DADOS FUNCIONAIS

(21) TIPO: ATIVO INATIVO (27) DATA OPÇÃO FGTS / /

ESTATUTÁRIO CELETISTA (26) DATA ADM. / /

(22) CARGO _____ CÓDIGO

(23) LOTAÇÃO _____ CÓDIGO

(24) END. TRABALHO _____

(25) NÍVEL SUPERIOR MÉDIO AUXILIAR CLASSE PADRÃO SALARIAL

PENSIONISTAS

(03-B) MATRÍCULA DO INSTITUIDOR

DADOS BANCÁRIOS

(28) BANCO ONDE RECEBE O PAGAMENTO _____ CÓDIGO

(29) AGÊNCIA CÓDIGO - NOME _____

(30) CONTA CORRENTE - (31) CONTA FGTS

AUTORIZAÇÃO DE SINDICALIZAÇÃO

(32) Autorizo o desconto de 1,364% (um virgula trezentos e sessenta e quatro por cento) de meu salário bruto em folha de pagamento, ou boleto bancário ou débito em conta corrente por conta de contribuições devidas por mim em favor do sindicato dos trabalhadores em saúde, trabalho e previdência social do estado do rio de janeiro (SINDSPREV/RJ), sujeito a possíveis reajustes por deliberação da assembleia geral. Ser-me-á facultado o direito de cessar esta autorização a qualquer época, desde que, o faça por escrito em requerimento dirigido ao Departamento de Cadastro do SINDSPREV/RJ.

DATA / /

ASSINATURA DO SINDICALIZADO

VEJA AS INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO NO VERSO

Recebi a ficha de CADASTRAMENTO SINDICAL de (33) _____

em / /

(34) Responsável pelo Cadastro _____

(35) ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO DO DEPT. DE CADASTRO _____

RECIBO

COLAR
ETIQUETA AQUI

INSTRUÇÃO PARA PREENCHIMENTO

- É indispensável anexar uma cópia do último contracheque.
- Preencher os campos com letra de forma ou datilografado.
- Caso você trabalhe em mais de um órgão, preencha uma ficha para cada órgão.

DADOS PESSOAIS

- | | |
|--|--|
| (1) PREENCHER COM O SEU NOME COMPLETO. | (11) NOME DO BAIRRO ONDE RESIDE. |
| (2) PREENCHER COM O NOME DO ÓRGÃO AO QUAL VOCÊ ESTÁ VINCULADO. | (12) NOME DA CIDADE ONDE RESIDE. |
| (3) NÚMERO DA MATRÍCULA. | (13) PREENCHA O NÚMERO DO CEP COMPLETO DE SUA RESIDÊNCIA. |
| (3-B) NO CASO DE PENSIONISTAS PREENCHER COM O NÚMERO DA MATRÍCULA DO INSTITUIDOR. | (14) PREENCHA COM NÚMERO DO TELEFONE RESIDENCIAL, CASO TENHA, OU DE RECADO E DO TRABALHO INCLUINDO O RAMAL DO SETOR ONDE TRABALHA. |
| (4) PREENCHA COM A NACIONALIDADE. | (15) PREENCHA COM O NÚMERO DO SEU CPF COMPLETO. |
| (5) PREENCHA COM A NATURALIDADE. | (16) PREENCHA COM O NÚMERO DO SEU PIS OU PASEP. |
| (6) COLOQUE M PARA MASCULINO OU F PARA FEMININO. | (17) PREENCHA COM O NÚMERO DE SUA CARTEIRA DE IDENTIDADE. |
| (7) DATA DE NASCIMENTO. | (18) PREENCHA COM A DATA DE EMISSÃO DA CARTEIRA DE IDENTIDADE. |
| (8) PREENCHA COM: C - PARA CASADO; S - PARA SOLTEIRO; V - PARA VIÚVO; D - PARA DIVORCIDO OU SEPARADO JUDICIALMENTE E - O - PARA OUTROS. | (19) PREENCHA COM O NOME DO ÓRGÃO EMISOR DA CARTEIRA DE IDENTIDADE. |
| (9) PREENCHA COM O NOME DO PAI E COM O NOME DA MÃE. | (20) PREENCHA SEU E-MAIL PARA CONTATO. |
| (10) PREENCHA COM O SEU ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO. | |

DADOS FUNCIONAIS

- | | |
|---|---|
| (21) PREENCHA COM - A - PARA ATIVO E - I - PARA INATIVO. | (25) NÍVEL: S - PARA SUPERIOR; M - PARA MÉDIO OU - A - PARA AUXILIAR. CLASSE E PADRÃO , PREENCHA CONFORME O SEU CONTRACHEQUE. |
| (22) PREENCHA COM O NOME DO CARGO E O CÓDIGO, QUANDO HOUVER. | (26) PREENCHA COM A DATA DE ADMISSÃO. |
| (23) PREENCHA COM NOME DO LOCAL DE TRABALHO E O CÓDIGO DA LOTAÇÃO, QUANDO HOUVER. | (27) PREENCHA COM A DATA DE OPÇÃO NO FGTS. |
| (24) PREENCHA COM O ENDEREÇO DO LOCAL DE TRABALHO. | |

DADOS BANCÁRIOS

- | | |
|--|---|
| (28) PREENCHA COM O NOME DO BANCO E O CÓDIGO DE ONDE RECEBE O PAGAMENTO. | (30) PREENCHA COM O NÚMERO DA CONTA CORRENTE ONDE É DEPOSITADO O SEU PAGAMENTO. |
| (29) PREENCHA COM O NOME E CÓDIGO DA AGÊNCIA ONDE RECEBE O PAGAMENTO. | (31) PREENCHA COM O NÚMERO DA SUA CONTA DO FGTS. |

AUTORIZAÇÃO PARA SINDICALIZAÇÃO

- (32) CASO VOCÊ QUEIRA SE SINDICALIZAR BASTA DATAR E ASSINAR ESTE CAMPO.

RECIBO

- | | |
|---|---|
| (33) PREENCHER COM SEU NOME E COM A DATA DE ENTREGA DA FICHA. | (35) O RECIBO SERÁ ASSINADO PELO FUNCIONÁRIO DO DEPARTAMENTO DE CADASTRO. |
| (34) NOME DO FUNCIONÁRIO, OU ATIVISTA, QUE RECEBER SUA FICHA. | |