



Matrícula Sindical: _____

FICHA DE FILIAÇÃO

Nome: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____ Cidade: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____ Tipo Sangüíneo: _____

Telef. Resid.: _____ Cel.: _____ E-mail: _____

Endereço Residencial: _____

Bairro: _____ Munic.: _____ Estado: _____ CEP: _____

Filiação: Pai _____

Mãe _____

Identidade: _____ Órg. Emissor: _____ CIC: _____ ID: _____

PIS/PASEP: _____ Matrícula Funcional: _____ Aposentado () Ativo ()

Data de Admissão na SEF: ____/____/____ Data de Ingresso no Serviço Público Estadual: ____/____/____

Lotação: _____ Órgão/Setor: _____ Cargo: _____

Endereço do Trabalho: _____

Relacionar os Dependentes, informando o parentesco (esposa, filho, neto, etc.) e a data de nascimento de cada um: _____

_____.

Autorizo o desconto mensal em meus vencimentos em favor do Sindicato dos Fazendários do Estado do Rio de Janeiro - SINFIZERJ.

Rio de Janeiro, em _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Proponente / Associado

Anexar:

- 1) Ficha de "Pedido de Consignação em Folha – PCF
- 2) Cópia do último Contracheque e
- 3) Dois retratos 3 x 4.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO
SUPERINTENDÊNCIA CENTRAL DE DESPESA DE PESSOAL
COORDENAÇÃO DE CONSIGNAÇÃO E CONTROLE DE PAGAMENTO

PEDIDO DE CONSIGNAÇÃO EM FOLHA - PCF

1. ENTIDADE CONSIGNATÁRIA SINDICATO DOS FAZENDÁRIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - SINFAZERJ	2. CÓDIGO 536-3
--	--------------------

3. ENDEREÇO DA ENTIDADE RUA DO OUVIDOR, 63 – GRUPO 402, 404 E 406 – CENTRO – RIO DE JANEIRO – RJ – CEP 20.040-030.

4. NATUREZA DO BENEFÍCIO	VIGÊNCIA	PRAZO	VALOR EM R\$50,00 (CINQUENTA REAIS)
--------------------------	----------	-------	--

4.1 MENSALIDADE																			5	0	0	0
4.2 SEGURO PESSOAL	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.3 ASSISTÊNCIA MÉDICA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.4 PECÚLIO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.5 EMPRÉSTIMO IMOBILIÁRIO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.6 EMPRÉSTIMO BANCÁRIO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.7 SÓCIO ADVENTÍCIO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.8 CARTÃO BENEFÍCIO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PREENCHER COM X OS CAMPOS NÃO UTILIZADOS

5. NOME DO SERVIDOR	MATRÍCULA / / / / / / / /
---------------------	------------------------------

6. ENDEREÇO DO SERVIDOR

7. SECRETARIA / ÓRGÃO EQUIVALENTE	U. A. / / / / /
-----------------------------------	--------------------

8. SR. SUPERINTENDENTE: O SERVIDOR E A ENTIDADE CONSIGNATÁRIA IDENTIFICADOS SOLICITAM AS PROVIDÊNCIAS NECESSÁRIAS À AVERBAÇÃO DO DESCONTO NAS CONDIÇÕES ACIMA ESTIPULADAS, NA FORMA DA LEGISLAÇÃO EM VIGOR. EM ____/____/____. ASSINATURA DO SERVIDOR _____ AGENCIADOR _____ REPRESENTANTE DA ENTIDADE _____ ÓRGÃO FISCALIZADOR
--

9. A SER PREENCHIDO PELA SUPERINTENDÊNCIA CENTRAL DE DESPESA DE PESSOAL () DEFERIDO () INDEFERIDO Em ____/____/____. OBSERVAÇÕES: _____ SUPERINTENDENTE
