



FUNDADO EM 31 DE JANEIRO DE 1990

**Sindicato dos Trabalhadores Públicos Federais em
Saúde, Previdência, Trabalho no Estado do Amazonas
filiado a FENASPS
CNPJ: 34.570.663/0001-63**

FICHA DE FILIAÇÃO

Nome: _____
Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____
Estado Civil: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Ident. Nº. _____ Órgão: _____ Data Ex. _____
Endereço: _____
Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____
Telefones: Resid: _____ Celular: _____
Órgão em que Trabalha: _____
Matricula Siape nº: _____
Categoria Funcional: _____
Endereço do local de Trabalho: _____
Telefone do local de Trabalho: _____ Ramal: _____
Observações: _____

DECLARAÇÃO

1. Em cumprimento ao disposto no Estatuto do SINDSPREV – AM, autorizo o desconto de 2% (dois por cento), do meu salário referência, em folha de pagamento, para contribuição mensal em favor do SINDICATO DOS TRABALHADORES PÚBLICOS FEDERAIS EM SAÚDE, PREVIDÊNCIA, TRABALHO NO ESTADO DO AMAZONAS, podendo tal desconto ser alterado por deliberação em Assembléia Geral.
2. Ser-me-á facultado o direito de cessar esta autorização acima a qualquer época, desde que o faça por escrito em requerimento dirigido a Tesouraria do SINDSPREV-AM.

Manaus, ____/____/____

_____ Assinatura

NÃO FIQUE SÓ, FIQUE SÓCIO!