



Filiação

Matrícula:

Nome:

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ UF: ____ CPF:

Nº Identidade/ Órgão expedidor:

Endereço:

Bairro:

Município: UF: ____ CEP:

Telefone: (____) Celular: (____)

E-mail(s):

Do Órgão:

Pessoal:

Situação Cadastral Ativo Aposentado

Descrição do Órgão:

---- Escolha o órgão ----

Lotação:

Endereço de Lotação:

Bairro:

Município: UF: ____ CEP:

Telefone: (____)

Pelo presente autorizo o desconto, em folha de pagamento, de 1,2% do meu vencimento, relativo à minha contribuição mensal para o SINTESPE.

..... 

Data

Assinatura

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

Nome da Entidade Consignatária: **SINTESPE**

Código de Desconto: **5506**

Nome do Servidor: CPF:

Matrícula: Data Nasc.: .. / .. / ..

Sexo: Masc Fem

Descrição do Órgão:

---- Escolha o órgão ----

Pelo presente autorizo o Setorial de Recursos Humanos em que estou lotado a descontar a contribuição mensal de 1,2% do meu vencimento para a entidade acima indicada, em folha de pagamento.

Data  -----
Assinatura



IMPRIMA ESTA TELA E REMETA PARA O SINTESPE