



**Sindicato dos Servidores do
Ministério Público do Estado do Paraná**

CADASTRO DE FILIAÇÃO Nº _____

1. DADOS PESSOAIS

Nome:		Data Nasc.:	
CPF:	RG:	UF:	
Endereço:		Nº	
Compl.:	Bairro:		
Cidade/UF:	CEP:		
Celular:	Fone Res.:		
E-mail:			
Facebook:			

1.1 FILIAÇÃO / DEPENDENTES

Pai:	
Mãe:	
Cônjuge:	Data Nasc.:
Dependente 1:	Data Nasc.:
Dependente 2:	Data Nasc.:
Dependente 3:	Data Nasc.:
Dependente 4:	Data Nasc.:
Dependente 5:	Data Nasc.:
Dependente 6:	Data Nasc.:

2. DADOS PROFISSIONAIS

Cargo:	Lotação:
Endereço:	Nº
Compl.:	Bairro:
Cidade/UF:	CEP:
Fone Com.:	Ramal:
E-mail:	

3. AUTORIZAÇÃO

Autorizo o desconto da mensalidade referente a filiação ao SINDIMP, em folha de pagamento no valor aprovado em Assembleia Geral, a partir da data de implantação em folha de pagamento, não podendo haver desconto de atrasados.

Data:	Assinatura:
-------	-------------

4. SIND MP

Recebido em:	
Nome:	Assinatura:
Enviado para Folha de Pagamento em:	
Desconto a partir de:	