



Filiado CUT-CNPL-FENAMEV



# Sindicato dos Médicos Veterinários da Bahia

Ficha Cadastral

FILIAÇÃO

ALTERAÇÃO

## Dados Pessoais (Preenchimento Obrigatório)

Nome \_\_\_\_\_

Filiação \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_

Sexo  M  F Data de Nascimento \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ MAT. \_\_\_\_\_

Cargo/Função \_\_\_\_\_ Nº Reg. Conselho \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_

Complem. \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Município \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

E-mail Principal \_\_\_\_\_

E-mail Alternativo \_\_\_\_\_

Banco nº \_\_\_\_\_ Agência/DV nº \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Conta Corrente/DV nº \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## Cônjuge ou Companheira (o) e Dependentes

Cônjuge/Companheira(o) \_\_\_\_\_ Nasc. \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Nasc. \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Nasc. \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Nasc. \_\_\_\_\_

## Dados Funcionais

SETOR PÚBLICO  SETOR PRIVADO  Data de ingresso \_\_\_\_\_

Lotação e Local de Atividade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Padrão \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Município \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_ Ramal \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

## Observações / Outras Informações:

**AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA**  
 Declaro pela exatidão das informações prestadas, informando futuras alterações em meu cadastro e requeiro nos termos das disposições estatutárias, filiação ao Sindicato dos Médicos Veterinários do Estado da Bahia. Declaro que estou de acordo com o estatuto, autorizando ao meu empregador o desconto da contribuição social anual em folha de pagamento.

**AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO EM CONTA CORRENTE**  
 Declaro pela exatidão das informações prestadas, informando futuras alterações em meu cadastro e requeiro nos termos das disposições estatutárias, filiação ao Sindicato dos Médicos Veterinários do Estado da Bahia. Declaro que estou de acordo com o estatuto, autorizando o débito em minha conta-corrente da contribuição social anual.

AGÊNCIA \_\_\_\_\_

CONTA-CORRENTE \_\_\_\_\_

BANCO DO BRASIL

CAIXA ECONÔMICA

Local/UF

Data

Assinatura

Pagando R\$ 100,00 anuais você estará se integrando à entidade que defende os interesses dos trabalhadores

Rua Prof. Aristides Novis, 21/23, São Lázaro - Federação - Salvador - Bahia - Brasil - CEP 40.210-730  
Fones: (71) 3332-9357 - (71) 3082-8171 - E-mail: [sindimev@sindimev.org.br](mailto:sindimev@sindimev.org.br) - Site: [www.sindimev.org.br](http://www.sindimev.org.br)