



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. _____

Dados Funcionais

SETOR PÚBLICO SETOR PRIVADO Data de ingresso _____

Lotação/Local de Atividade _____ UF _____ Classe _____ Padrão _____

Endereço _____ Bairro _____

Município _____ UF _____ CEP _____ - _____

Telefone _____ Ramal _____ Fax _____

Observações / Outras Informações (NÃO OBRIGATÓRIO):

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA - ANUAL
 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 no valor de R\$ 300,00, a ser realizado sempre no mês de Fevereiro.

AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO EM CONTA CORRENTE - ANUAL
 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, no valor de R\$ 300,00, sempre no mês correspondente ao primeiro desconto efetuado.

AGÊNCIA _____

CONTA-CORRENTE _____

BANCO DO BRASIL

CAIXA ECONÔMICA

Local/UF _____

Data _____

Assinatura _____

Pagando R\$ 300,00 anuais você estará se integrando à entidade que defende os interesses dos trabalhadores. Deposite na CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, Agência: 1021, conta-corrente: 0821-6, operação: 003. PIX: 13.757.992/0001-48