



SINDICATO DOS SERVIDORES FAZENDÁRIOS DO ESTADO DA PARAIBA -  
SINDFAZ-PB

RUA RODRIGUES DE AQUINO Nº 290 SALA 03 - CENTRO  
JOAO PESSOA - PB FONE: 3222-5882

FICHA DE FILIAÇÃO		FOTO
NOME: _____		
MATRÍCULA: _____ CARGO: _____		
DATA NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ NATURAL DE: _____		
FILIAÇÃO: _____ e _____		
IDENTIDADE: _____ CPF: _____		
PIS/PASEP: _____ ESTADO CIVIL: _____ SEXO: _____		
ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____		
BAIRRO: _____ CEP: _____ CIDADE: _____		
TELEFONE RESIDENCIAL: _____ TELEFONE CELULAR: _____		
SETOR DE TRABALHO: _____ TELEFONES: _____		
E-MAIL: _____		

DADOS COMPLEMENTARES

NOME	DATA NASCIMENTO	PARENTESCO

AUTORIZAÇÃO PARA CONSIGNAÇÃO EM FOLHA

O abaixo assinado \_\_\_\_\_ matricula nº \_\_\_\_\_  
ocupante do Cargo de \_\_\_\_\_, pelo presente autoriza ao SINDICATO  
DOS SERVIDORES FAZENDARIOS DO ESTADO DA PARAIBA-SINDFAZ, a mandar implantar em  
seu respectivo contracheque o desconto de 2% (dois por cento), do vencimento em favor da entidade,  
conforme o **Art.25, alínea a**, do ESTATUTO do referido SINDICATO.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

X \_\_\_\_\_

Obs. Anexar cópias do contra cheque e carteira de identidade. Não esquecer a **FOTO**.