



Sindicato dos Agentes Fiscais de Rendas do Estado de São Paulo

Dados Pessoais - Pensionistas

Nome da Pensionista			
RG.:		CPF:	
Naturalidade:		Nacionalidade:	
Nascimento: ____/____/____		Estado Civil:	Sexo:
Doador de Órgãos: () Sim () Não			
Tipo Sangüíneo:		Fator RH: Positivo () Negativo ()	
Filiação			
Mãe:			
Pai:			
Endereço para Correspondência			
Endereço:			Bairro:
Município:		Estado:	CEP:
Caixa Postal:		Email:	
Fone Res.: ()		Com: ()	Cel: ()
Grau de Instrução:			
INFORMAÇÕES DO AFR FALECIDO			
Nome do AFR Falecido:			
Data do Falecimento do AFR:			
Para Preenchimento do Sindicato:			
Data da Filiação ____/____/____		Data da Exclusão (Desfiliação) ____/____/____	
Declarante			
Assinatura da Pensionista			

Telefone para contato : (11) 3113-4000

E-mails : giulianna@sinafresp.org.br
secretaria@sinafresp.org.br