



Sindicato dos Agentes Fiscais de Rendas do Estado de São Paulo

DADOS PESSOAIS - PENSIONISTA		
Nome:		
RG.:	CPF:	Data da Entrada da Pensão na SPPREV: ____ / ____
Naturalidade:		Nacionalidade:
Nascimento: ____/____/____	Estado Civil:	Sexo:
Dependentes: ( ) Sim ( ) Não		Nome:
Doador de Órgãos: ( ) Sim ( ) Não		Tipo Sangüíneo: Fator RH:
FILIAÇÃO		
Mãe:		
Pai:		
ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA		
Endereço:		
Bairro:	Cidade:	Estado:
CEP:	Caixa Postal	
E-mail:		
Fone Res: ( )	Fone Rec: ( )	Cel: ( )
Grau de Instrução:		
INFORMAÇÕES DO AFR FALECIDO:		
Nome do AFR Falecido:		
Data do Falecimento do AFR: ____/____/____	CPF do AFR:	
PARA PREENCHIMENTO DO SINDICATO		
Inscrição n.º: _____		
<b>Filiação</b> ____ / ____ / ____	<b>Exclusão</b> ____ / ____ / ____	
Dia        Mês        Ano	Dia        Mês        Ano	
DECLARANTE		
Autorizo a cobrança da mensalidade prevista pelo Estatuto do SINAFRESP, e solicito que o pagamento seja feito por meio de: Desconto em folha ____ ; Débito em conta corrente ____ ;		
Caso não seja possível efetuar a cobrança da mensalidade pela forma acima escolhida, autorizo o SINAFRESP a emitir e enviar boleto bancário para meu endereço.		
Assinatura da Pensionista: _____		

Telefone para contato : (11) 3113-4000

E-mails : [giulianna@sinafresp.org.br](mailto:giulianna@sinafresp.org.br) / [secretaria@sinafresp.org.br](mailto:secretaria@sinafresp.org.br)

OBS.: \* Esta ficha serve como pedido de filiação, que será submetido à apreciação da Diretoria

\*\* Ao entregar a ficha, favor anexar uma foto 3/4 para confecção da carteirinha