



SINDICATO DOS FUNCIONÁRIOS FISCAIS DO ESTADO DO AMAZONAS
Filiado à Federação Nacional do Fisco Estadual – FENAFISCO

FICHA DE FILIAÇÃO – APOSENTADOS

DADOS PESSOAIS

NOME _____

MATRÍCULA _____ **DATA DE NASCIMENTO** ___/___/___

DATA DA APOSENTADORIA ___/___/___

ENDEREÇO _____

BAIRRO _____ **CEP** _____

TELEFONE RES. _____ **CELULAR** _____

TELEFONE P/ RECADO _____

E-MAIL _____

EST. CIVIL _____ **CPF** _____

RG _____ **ÓRGÃO EMISSOR** _____

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO

Autorizo a SEFAZ a efetuar o desconto de 0,5% (meio por cento), de meus vencimentos em favor do Sindicato dos Funcionários Fiscais do Estado do Amazonas - SINDIFISCO-AM.

Manaus, _____ de _____ de _____

ASSINATURA _____