



SINDICATO DOS SERVIDORES DAS JUSTIÇAS FEDERAIS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

FILIADO À FENAJUFE

## Proposta de Sindicalização como Contribuinte

Matrícula Sindical: (Uso do Sindicato) \_\_\_\_\_

Matrícula Funcional: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

(preencher com letra de forma)

\_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Instrução: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade/UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Tel. Res.: ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Trab.: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_

Endereço(s) Eletrônico(s): \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor/UF: \_\_\_\_\_ Emissão: \_\_\_\_\_

Órgão pagador: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Aposentado ( ) Pensionista ( )

Órgão de origem: \_\_\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_ Prédio/Cidade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Fem. ( ) Masc. Estado civil: \_\_\_\_\_ Anexo: \_\_\_\_\_ Bloco: \_\_\_\_\_

O servidor é pessoa com deficiência e em caso afirmativo, qual a deficiência? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data da posse no cargo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Rio de Janeiro-RJ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) sindicalizado(a)

### A U T O R I Z A Ç Ã O

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o desconto em folha de pagamento da mensalidade sindical, correspondente a 1,15% do vencimento-básico, a favor do Sindicato dos Servidores das Justiças Federais no Estado do Rio de Janeiro (Sisejufe), conforme disposição no artigo 240, alínea "C" da Lei nº 8.112/1990, declaro ser servidor do quadro efetivo do Poder Judiciário Federal.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Servidor(a)

Pesquisa  
(voluntária)

Apelido:

Dependentes que deseja registrar:

Nome	Data nascimento	Grau de parentesco

Motivo da sindicalização:

---

---

---

---

---

---

---

Profissão original: \_\_\_\_\_

Deficiência ( ) Sim ( ) Não

Qual: \_\_\_\_\_

Etnia: \_\_\_\_\_