



SINSDETRAN/MA

SINDICATO DOS SERVIDORES DO DETRAN/MA

FICHA DE FILIAÇÃO

Nome: _____ Sexo: _____
RG: _____ CPF: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Estado Civil: _____ E-mail: _____
Endereço: _____
_____ Município: _____ CEP: _____
Telefone 1 (WhatsApp): _____ Telefone 2: _____

Entidade: **DETRAN/MA** Cargo: _____ Matrícula: _____
Lotação: _____ Cidade: _____

Situação Funcional: () Ativo () Aposentado () Pensionista

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA

Autorizo o desconto mensal, em folha de pagamento, da contribuição de 1% (um por cento) sobre o montante da remuneração, para o Sindicato dos Servidores do Departamento Estadual de Trânsito do Maranhão – Sinsdetran/MA.

Os referidos valores deverão ser creditados mensalmente para o Sindicato, o que me dará direito a usufruir de todos os benefícios previstos no Estatuto, Regimento Interno e Regulamentos da referida entidade.

ASSINATURA: _____

CIDADE: _____ DATA: _____