

SINDICATO DOS FISIOTERAPEUTAS E TERAPEUTAS OCUPACIONAIS DO ESTADO
DO TOCANTINS
SINFITO-TO
CNPJ: 18.742.418/0001-30

FICHA DE FILIAÇÃO

Nº _____

EU, _____,
CPF _____, RG _____ SSP _____ em conformidade ao estatuto
do SINFITO - Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do Estado do Tocantins,
venho pela presente solicitar ao senhor presidente deste sindicato a minha inscrição como
associado, bem como, autorizar o desconto de 1,2% (um ponto dois por cento) de meu salário em
favor desta entidade.

_____/TO, ____/____/____

Assinatura

DADOS PESSOAIS:

Nome Completo: _____

Formação: () FISIOTERAPEUTA () TERAPEUTA OCUPACIONAL CREDITO: _____

Endereço: _____ Setor: _____

Cidade: _____ UF: _____

Fone residencial _____ Celular: _____

Naturalidade: _____ UF: _____ Data nascimento: ____/____/____

E-mail: _____

Local de trabalho _____

() SERVIDOR PÚBLICO () AUTÔNOMO () C.L.T.

MATRÍCULA: _____

CONTA CORRENTE: _____ AGÊNCIA: _____

Rendimento Bruto: _____

DEFERIMENTO

_____/TO ____/____/____

Sandro B. R. de Abreu Adrian

Presidente

Coragem para mudar

Facebook: Sinfito Tocantins /email: sinfito.tocantins@gmail.com
Endereço: Qd. 606 Sul, Av. LO-13, Lote 17, Palmas-TO, CEP. 77022-054