

Nome Completo	
Sexo	
Naturalidade	
Escolaridade	
Data de Admissão	
Centro	

Data de Nascimento	
Estado Civil	
Nacionalidade	
Cargo Profissional	
Lotação	
Campus	

RG	CPF	SIAPE
Emissor	UF	

E-Mail	Telefone Pessoal	Telefone Residencial	Telefone do Trabalho
Lagradouro	Número	Complemento	Bairro
CEP	Cidade	Estado	

Banco **Agência** **Conta**

☐ *Autorizo o desconto em folha de 1%(hum por cento) da minha remuneração bruta fixa, referente a mensalidade sindical nos termos definidos pelo estatuto SINTUFEPE-UFPE.*

Local: _____ Data: _____ ASSINATURA: _____