

Nome completo:

Data de nascimento:

Registro funcional / Matrícula:

RG/Órgão emissor:

CPF:

Órgão de lotação:

TRE 2-CJM

TRF-3 JF

TRT-2 Outro:

Órgão de origem (se permutado/a ou cedido/a):

Prédio:

Data de ingresso:

Local de trabalho / Setor:

Telefone comercial:

Ramal:

Cargo:

Analista

Auxiliar

Técnico

Agente de Segurança

Oficial de Justiça

Situação:

Ativo/a

Aposentado/a

Pensionista

Endereço residencial (logradouro, número):

Bairro:

Endereço

Complemento

Cidade

Estado

CEP

Telefone residencial:

Celular:

E-mail:

SINTRAJUD
NOSSA LUTA FAZ ACONTECER!

Por meio desta, autorizo o desconto em folha de pagamento da mensalidade sindical, como associado/a, no valor correspondente a 1% (um por cento) da minha remuneração bruta.

Cidade

Data

Assinatura
