



SINDICATO DOS POLICIAIS PENAS DE MINAS GERAIS

FICHA DE FILIAÇÃO SINDPPEN – MG

NOME:			
ENDEREÇO:			Nº:
COMPLEMENTO:		BAIRRO:	
CEP:	CIDADE:		ESTADO:
FATOR RH:		NATURALIDADE:	
NOME DO PAI:		NOME DA MÃE:	
TEL. RES.: ()	CELULAR: ()	TEL. SERV.: ()	TEL. FAVOR: ()
NR. DEPENDENTES:	E-MAIL		
MASP - DV:	CPF:	IDENTIDADE:	
CARGO:			SÍMBOLO:
GRAU DE ESCOLARIDADE ATUAL:		QUAL CURSO SUPERIOR:	
UNIDADE:			
ENDEREÇO DO LOCAL DE TRABALHO:			Nº:
COMPLEMENTO:		BAIRRO:	
CEP:	CIDADE:		ESTADO:
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____			
ESTADO CIVIL:	DATA DE INGRESSO NO ESTADO: ____/____/____	SEXO: () F () M	
SITUAÇÃO FUNCIONAL: () ATIVO () APOSENTADO () PENSIONISTA () LICENÇA S/VENCTO. () EFETIVO () FUNÇÃO PÚBLICA () CONTRATADO () OUTRO			

Formalizo minha filiação ao SINDPPEN – MG, aderindo ao Estatuto e concordando com a contribuição estabelecida no valor de 1,5% (Hum e meio por cento) do total da remuneração.

IMPRESINDÍVEL: (Remeter junto à Ficha de Filiação) – (1) - Cópia da Carteira de Identidade; 2) - Cópia do último Contracheque.

Assinatura

Rua: Além Paraíba, 546 - Lagoinha - CEP: 31.210-120 - Belo Horizonte - MG

Telefones: (31) 3271-4145 - (31) 3166-4139 - (31) 3166-4138 - (31) 3166-4145

WWW.SINDPPENMG.ORG.BR



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO (Consignações Diversas)

I - IDENTIFICAÇÃO DO (A) INSTITUIDOR (A) DA PENSÃO DO IPSEMG

01 - NOME:	02 - Nº PROCESSO	03 - CPF:
------------	------------------	-----------

II - IDENTIFICAÇÃO DO CONSIGNADO

04 - NOME	05 - MATRÍCULA:	06 - CPF:	
07 - CONSIGNADO: <input type="checkbox"/> Servidor Ativo / Inativo <input type="checkbox"/> Pensionista IPSEMG / IPSM <input type="checkbox"/> Bolsista (Lei 15.790/2005) <input type="checkbox"/> Pessoal Contratado (Lei 18.185/2009)	08 - CONSIGNANTE: <input type="checkbox"/> SEPLAG <input type="checkbox"/> IPSEMG <input type="checkbox"/> IPSM <input type="checkbox"/> CBMMG <input type="checkbox"/> PMMG <input type="checkbox"/> DPMG		
09 - LOGRADOURO:	10 - Nº / COMPLEM.:	11 - CEP:	
12 - BAIRRO / DISTRITO:	13 - MUNICÍPIO:	14 - UF:	15 - TEL. (DDD):

III - IDENTIFICAÇÃO DO CONSIGNATÁRIO

16 - SIGLA: SINDASP- MG	17 - CNPJ: 06.992.706/0001 - 63	18 - CÓD. CREDENCTO. SEPLAG: 254	
19 - LOGRADOURO: RUA ALÉM PARAÍBA	20 - Nº / COMPLEM. 546	21 - CEP: 31.210-120	
22 - BAIRRO / DISTRITO: LAGOINHA	23 - MUNICÍPIO: BELO HORIZONTE	24 - UF: MG	25 - TEL. (DDD): (31) 3271-4145

IV - IDENTIFICAÇÃO DA CONSIGNAÇÃO

26 - Descrição	27 - Valor Total ou (%)	28 - Qtde. Parcelas	29 - Valor Parcela	30 - Mês / Ano Início Desconto
MENSALIDADE SINDICAL	1,5%			

31 - Pelo presente, autorizo o Governo do Estado de Minas Gerais / Consignante, a efetuar o(s) desconto(s) acima, em minha folha de pagamento, a favor do (a) **SINDICATO DOS AGENTES DE SEGURANÇA PENITENCIARIA**
ESTADO DE MINAS GERAIS - SINDASP
Consignatário (Razão Social e Sigla).

32 - LOCAL: BELO HORIZONTE	33 - DATA:	34 - ASSINATURA DO CONSIGNADO:
--------------------------------------	------------	------------------------------------

V - RECONHECIMENTO DE FIRMA OU VALIDAÇÃO DOS DADOS P/ SETOR DE RH. (Do Consignado)

VI - ABONO DA ASSINATURA (Do Consignado) Obrigatório, independente da condição do item V.

35 - RESPONSÁVEL P/ SETOR DE RH (Registrar Nome Completo, CPF e Assinatura)	36 - RESPONSÁVEL P/ CONSIGNATÁRIO (Registrar Nome Completo, CPF e Assinatura)
---	---

37 - LOCAL	38 - DATA	39 - LOCAL BELO HORIZONTE	40 - DATA
------------	-----------	-------------------------------------	-----------