

## FICHA DE DESFILIAÇÃO

### DADOS PESSOAIS

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Nascimento: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Povoado: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
Dependentes: \_\_\_\_\_

( ) Contrato ( ) Efetivo

### DADOS PROFISSIONAIS

Unidade Escolar: \_\_\_\_\_  
Cargo que Ocupa: \_\_\_\_\_ Grau de Instrução: \_\_\_\_\_  
Carga Horária: \_\_\_\_\_ Matrícula Patronal: \_\_\_\_\_ Admissão: \_\_\_\_\_

Porto Seguro, BA \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do (a) filiado (a)

### AUTORIZAÇÃO PARA SUSPENSÃO DE DESCONTO SINDICAL

Eu \_\_\_\_\_  
funcionário (a) público (a), portador (a) do CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
com o número de matrícula patronal \_\_\_\_\_, autorizo a Prefeitura Municipal de Porto  
Seguro a interromper o desconto do meu rendimento mensal referente à porcentagem destinada à APLB - Delegacia  
Sindical Costa do Descobrimento.

Porto Seguro, BA \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

( ) Contrato ( ) Efetivo

Assinatura do Afiliado