



SINDICATO DOS
BANCÁRIOS
DO PIAUÍ

Rua Gabriel Ferreira, 740, Centro/N • Teresina-PI
Fone: (86) 3087-8878 • Fax: (86) 3087-8853
E-mail: contato@bancariospi.org.br • CEP: 64.000-250
site: www.bancariospi.org.br • CNPJ: 06.849.640/0001-57

Ficha de Sindicalização

Nome: _____ Mat.: _____

End.: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Cidade/UF: _____ Fone: _____ Celular: _____

E-mail: _____

Data Nasc.: _____ Naturalidade: _____ Sexo: M () F ()

Filiação: _____ e _____

RG: _____ UF: _____ CPF: _____ Estado Civil: _____

Banco: _____ Agência (nº e nome): _____ Cidade: _____

Admissão no Banco: ____/____/____ CTPS: _____ Série/UF: _____

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Associado(a)

Relação de Dependentes - parentesco:

1) _____ 5) _____

2) _____ 6) _____

3) _____ 7) _____

4) _____ 8) _____



SINDICATO DOS
BANCÁRIOS
DO PIAUÍ

Rua Gabriel Ferreira, 740, Centro/N • Teresina-PI
Fone: (86) 3087-8878 • Fax: (86) 3087-8853
E-mail: contato@bancariospi.org.br • CEP: 64.000-250
site: www.bancariospi.org.br • CNPJ: 06.849.640/0001-57

Autorização de Débito em Conta

Nome: _____ Mat.: _____

solicita sua sindicalização e AUTORIZA o Banco _____ Agência (nº e nome): _____

Cidade _____ a efetuar o desconto em seu salário da mensalidade sindical (1% da remuneração base

(verbas fixas) limitando a 5% do piso da FENABAN - Art. 165 do Estatuto) e o valor do desconto assistencial definido em

assembleia, a favor do Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos Bancários e Financeiros no Estado do Piauí.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Associado(a)

Ao (à) _____

AG. _____ Cidade: _____ Estado: _____

Notificamos-lhe que o funcionário supracitado foi admitido como associado deste Sindicato a partir do corrente mês. Assim, de acordo com o que preceitua o Art. 545 da CLT, solicitamos DESCONTAR a nosso favor sua contribuição mensal, a partir de ____/____/____.

Teresina (PI), ____ de _____ de _____

Sind. dos Emp. em Estab. Bancários e Financeiros no Estado do Piauí