FICHA DE SINDICALIZAÇÃO – APOSENTADOS/AS E PENSIONISTAS

Matr. da Petros: **Matr. do Sindicato** **Cód. do Benefício:**

Nome completo:

Data de Nascimento: **Naturalidade:**

E-mail particular: **Telefone:**

DADOS PESSOAIS

Endereço:

Cidade: **UF:** **CEP:**

RG: **Emissor:** **CPF:**

DEPENDENTES

Nome: **Contato:**

Nome: **Contato:**

Nome: **Contato:**

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a Fundação Petrobrás de Seguridade Social – Petros descontar mensalmente dos meus vencimentos e por tempo indeterminado o valor de R$31,27 a incidir sobre o Benefício Petros e/ou Benefício INSS, referentes à mensalidade de associado(a).

____/____/____

Assinatura do Candidato

Assinatura do Diretor