

Sindicato de Trabalhadores em Educação das Instituições Públicas de Ensino Superior do  
Estado de Santa Catarina - SINTUFSC  
Caixa Postal nº 5130 Rua João Pio Duarte Silva, nº 241 Córrego Grande  
CEP 88040-970 Florianópolis Santa Catarina  
Fone: (048) 3234-2822 3721-9220 / 9614 Fax: 3234-5594 e-mail:  
sintufsc@sintufsc.ufsc.br  
CGC 82 954 710/0001-15

SINTUFSC

## FICHA DE FILIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO

Instituição: \_\_\_\_\_ Matricula UFSC: \_\_\_\_\_ Matricula Siape: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Data Nasc: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: \_\_\_  
Nome do pai: \_\_\_\_\_ Nome da mãe \_\_\_\_\_  
Conjuge: \_\_\_\_\_ Data de nasc. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Dependente: \_\_\_\_\_ Data de Nasc: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Dependente: \_\_\_\_\_ Data de Nasc: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Dependente: \_\_\_\_\_ Data de Nasc: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Grau de Instrução: \_\_\_\_\_ Formação: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_  
Setor: \_\_\_\_\_ Ramal: \_\_\_\_\_ Categoria: \_\_\_\_\_  
Identidade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Pis: \_\_\_\_\_  
Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta corrente: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Fone : \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Pela presente solicito filiação no SINTUFSC – Sindicato dos Trabalhadores da Universidade Federal de Santa Catarina e autorizo a realizar o desconto do valor relativo às mensalidades sindicais, correspondente a 1% (um por cento) do valor dos meus rendimentos, executada as rubricas que não correspondem essa natureza, além daquelas aprovadas em assembléia, diretamente no Departamento de Pessoal da UFSC por desconto em folha de pagamento, e ou junto ao Banco depositário de meus rendimentos diretamente em conta corrente, em favor do SINTUFSC.

Outrossim, autorizo o SINTUFSC a descontar junto ao Banco depositário de meus rendimentos, diretamente em conta corrente, os valores mensais a despesas, sejam elas de natureza minha e de meus dependentes, relacionadas com as instituições que mantém convênio com o Sindicato.

Declaro também que, ante eventual inexistência de saldo em conta corrente para dar cobertura às despesas supramencionadas, o SINTUFSC poderá adotar medidas judiciais que se fizerem cabíveis para recuperação de crédito eventualmente inadimplido.

Florianópolis, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
(Declaro ter lido o conteúdo da presente organização)