



Rua José de Alvarenga, 553, Centro, Duque de Caxias/RJ  
CEP: 25.020-140  
Tel.(21) 3774-4083 / 3848-0362 / 2672-1623  
3848-0468 / 98318-1809  
Correio eletrônico: aposentados@sindipetrocaxias.org.br



**DEPARTAMENTO DE APOSENTADOS E PENSIONISTAS**

Mat. Empresa \_\_\_\_\_ Mat. Sindical \_\_\_\_\_

Data Admissão \_\_\_\_\_ Função \_\_\_\_\_ Correio eletrônico \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

Tel. Trabalho \_\_\_\_\_ Data Nascimento \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Filiação \_\_\_\_\_

Nacionalidade \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ Expedida \_\_\_\_\_ Órgão \_\_\_\_\_

CTPS \_\_\_\_\_ Petros - Nº CB \_\_\_\_\_ PIS \_\_\_\_\_

Unidade que trabalhou \_\_\_\_\_ Data da aposentadoria \_\_\_\_\_

Nome do dependente	Data de nascimento	Sexo	Grau de parentesco
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Autorizo à Fundação Petrobrás de Seguridade Social - PETROS, a descontar 2% do meu benefício - Petros ( ) e/ou sobre meu benefício - INSS ( ), em favor do Departamento de Aposentados e Pensionistas do Sindipetro-Caxias, à título de contribuição mensal como associado.**

Duque de Caxias, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura

**RECIBO**

Declaro ter recebido de \_\_\_\_\_ a ficha de filiação ao Sindipetro-Caxias

Duque de Caxias, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_