

## FICHA DE FILIAÇÃO

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

### DADOS FUNCIONAIS

( ) Ativo ( ) Aposentado ( ) Pensionista ( ) Substituto ( ) Visitante

\_\_\_\_\_  
SIAPE: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 N° DE INSCRIÇÃO NA UFMG: \_\_\_\_\_

UNIDADE DA UFMG: \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ PIS/PASEP: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Data de admissão: \_\_\_\_\_

### DADOS DE CARREIRA (marque sua CLASSE, NÍVEL, REGIME e TITULAÇÃO):

CLASSE		NÍVEL (Exceto Titular)		REGIME:		TITULAÇÃO:	
<b>MAGISTÉRIO SUPERIOR</b>		<b>MAGISTÉRIO EBT</b>					
<input type="checkbox"/>	TITULAR	<input type="checkbox"/>	TITULAR	<input type="checkbox"/>	D. E.	<input type="checkbox"/>	DOUTORADO
<input type="checkbox"/>	ASSOCIADO	<input type="checkbox"/>	D IV	<input type="checkbox"/>	40 h	<input type="checkbox"/>	MESTRADO
<input type="checkbox"/>	ADJUNTO	<input type="checkbox"/>	D III	<input type="checkbox"/>	20 h	<input type="checkbox"/>	ESPECIALIZAÇÃO
<input type="checkbox"/>	ASSISTENTE	<input type="checkbox"/>	D II	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	APERFEIÇOAMENTO
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	D I	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

### ENDEREÇO RESIDENCIAL:

RUA/AV: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ APTO: \_\_\_\_\_

BAIRRO : \_\_\_\_\_ CIDADE : \_\_\_\_\_

CEP : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ FONE RESID: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_.

### ENDEREÇO PROFISSIONAL:

RUA/AV: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ SALA: \_\_\_\_\_

BAIRRO : \_\_\_\_\_ CIDADE : \_\_\_\_\_

CEP : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ FONE 1 : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

FONE 2 : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ RAMAL : \_\_\_\_\_ FAX : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### DECLARAÇÃO

Declaro estar ciente que a minha inscrição no quadro de filiados do APUBH apenas poderá ser processada a partir da minha autorização de desconto em folha no portal SIGEPE em favor do Sindicato, nos termos do Decreto nº 8.690/2016. Declaro ainda estar ciente que nos termos do Parágrafo Único do art. 12 do Estatuto em vigor, a contribuição devida será no valor de 0,8% da minha remuneração bruta mensal.

BELO HORIZONTE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

ASSINATURA: \_\_\_\_\_