



# SINFITOPI

Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas  
Ocupacionais do Estado do Piauí

## REQUERIMENTO DE FILIAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
(nome completo) (nacionalidade)  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, portador (a) do RG nº \_\_\_\_\_  
(estado civil) (profissão) (número/órgão emissor)  
inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) no (a)  
\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Bairro  
\_\_\_\_\_, (complemento \_\_\_\_\_) na cidade/estado  
de \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_,  
venho por meio deste requerer minha filiação ao Sindicato dos Fisioterapeutas e  
Terapeutas Ocupacionais do Piauí – SINFITO/PI, inscrito no CNPJ sob o nº  
11.324.247/0001-80, na forma do Estatuto da entidade e da legislação, dos quais declaro  
pleno conhecimento e anuência, e cujos termos e obrigações me comprometo a cumprir  
fielmente.

Declaro, ainda, sob as penas da Lei, que as informações prestadas na  
ficha cadastral que anexa a este requerimento são integralmente verdadeiras.

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(município) - (UF), (dia) (mês) (ano)

\_\_\_\_\_  
(assinatura-nome)