

POSSUI VÍNCULO DE EMPREGO PÚBLICO OU PRIVADO: () NÃO () SIM

*** EM CASO POSITIVO, INFORMAR:**

CNPJ DO EMPREGADOR: _____

ENDEREÇO DO EMPREGADOR: _____

REPRESENTANTE LEGAL DO EMPREGADOR: _____

2- VICE-PRESIDENTE:

NOME COMPLETO: _____

FILIAÇÃO: _____

DATA DE NASCIMENTO : ____ / ____ / ____

NACIONALIDADE: _____

NATURALIDADE: _____

ENDEREÇO: _____

CEP: _____

ESTADO CIVIL: _____

PROFISSÃO : () FISIOTERAPEUTA () TERAPEUTA OCUPACIONAL

NÚMERO DE RG/CPF OU CNH : _____

NÚMERO DE REGISTRO NO **CREFITO-14**: _____

POSSUI VÍNCULO DE EMPREGO PÚBLICO OU PRIVADO: () NÃO () SIM

*** EM CASO POSITIVO, INFORMAR:**

CNPJ DO EMPREGADOR: _____

ENDEREÇO DO EMPREGADOR: _____

REPRESENTANTE LEGAL DO EMPREGADOR: _____

3- PRIMEIRO(A) TESOUREIRO(A):

NOME COMPLETO: _____

FILIAÇÃO: _____

DATA DE NASCIMENTO : ____ / ____ / ____

NACIONALIDADE: _____

NATURALIDADE: _____

ENDEREÇO: _____

_____ CEP: _____

ESTADO CIVIL: _____

PROFISSÃO : () FISIOTERAPEUTA () TERAPEUTA OCUPACIONAL

NÚMERO DE RG/CPF OU CNH : _____

NÚMERO DE REGISTRO NO **CREFITO-14**: _____

POSSUI VÍNCULO DE EMPREGO PÚBLICO OU PRIVADO: () NÃO () SIM

*** EM CASO POSITIVO, INFORMAR:**

CNPJ DO EMPREGADOR: _____

ENDEREÇO DO EMPREGADOR: _____

REPRESENTANTE LEGAL DO EMPREGADOR: _____

4- SEGUNDO(A) TESOUREIRO(A):

NOME COMPLETO: _____

FILIAÇÃO: _____

DATA DE NASCIMENTO : ____/____/____

NACIONALIDADE: _____

NATURALIDADE: _____

ENDEREÇO: _____

_____ CEP: _____

ESTADO CIVIL: _____

PROFISSÃO : () FISIOTERAPEUTA () TERAPEUTA OCUPACIONAL

NÚMERO DE RG/CPF OU CNH : _____

NÚMERO DE REGISTRO NO **CREFITO-14**: _____

POSSUI VÍNCULO DE EMPREGO PÚBLICO OU PRIVADO: () NÃO () SIM

*** EM CASO POSITIVO, INFORMAR:**

CNPJ DO EMPREGADOR: _____

ENDEREÇO DO EMPREGADOR: _____

NÚMERO DE RG/CPF **OU** CNH : _____

NÚMERO DE REGISTRO NO **CREFITO-14**: _____

POSSUI VÍNCULO DE EMPREGO PÚBLICO OU PRIVADO: () NÃO () SIM

*** EM CASO POSITIVO, INFORMAR:**

CNPJ DO EMPREGADOR: _____

ENDEREÇO DO EMPREGADOR: _____

REPRESENTANTE LEGAL DO EMPREGADOR: _____

MEMBROS SUPLENTE

1- PRIMEIRO :

NOME COMPLETO: _____

FILIAÇÃO: _____

DATA DE NASCIMENTO : ____ / ____ / ____

NACIONALIDADE: _____

NATURALIDADE: _____

ENDEREÇO: _____

CEP: _____

ESTADO CIVIL: _____

PROFISSÃO : () FISIOTERAPEUTA () TERAPEUTA OCUPACIONAL

NÚMERO DE RG/CPF **OU** CNH : _____

NÚMERO DE REGISTRO NO **CREFITO-14**: _____

POSSUI VÍNCULO DE EMPREGO PÚBLICO OU PRIVADO: () NÃO () SIM

*** EM CASO POSITIVO, INFORMAR:**

CNPJ DO EMPREGADOR: _____

ENDEREÇO DO EMPREGADOR: _____

REPRESENTANTE LEGAL DO EMPREGADOR: _____

NÚMERO DE RG/CPF **OU** CNH : _____

NÚMERO DE REGISTRO NO **CREFITO-14**: _____

POSSUI VÍNCULO DE EMPREGO PÚBLICO OU PRIVADO: () NÃO () SIM

*** EM CASO POSITIVO, INFORMAR:**

CNPJ DO EMPREGADOR: _____

ENDEREÇO DO EMPREGADOR: _____

REPRESENTANTE LEGAL DO EMPREGADOR: _____

ASSINATURA DO(A) PRESIDENTE DA CHAPA

Teresina, _____ de _____ de 2024.

PARA USO DA COMISSÃO ELEITORAL DO SINFITO-PI

RECIBO DE REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE CHAPA PARA ELEIÇÕES (2021-2024)

NOME DA CHAPA:

NÚMERO DA CHAPA:

DATA DO RECEBIMENTO: ____/____/____

ASSINATURA DO REPRESENTANTE DA COMISSÃO ELEITORAL