Sindicato dos Profissionais de Enfermagem, Técnicos, Duchistas, Massagistas e Empregados em Hospitais e Casas de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul
CNPJ 92962745/0001-50

(51) 3378 6600 direcao@sindisaude.org.br www.sindisaude.org.br

Rua João Guimarães, 37 e 41 - Santa Cecília | Porto Alegre - RS | 90630-170

Sindisaúde-RS

PROPOSTA DE SÓCIO

Preencher com letra de forma. Para cadastro novo, campos em vermelhos são obrigatórios.

NOME COMPLETO
CPF ___.___.___-___ RG ___.___.___-___ SEXO ___ DATA DE NASCIMENTO ___/___/_____
ENDEREÇO RESIDENCIAL N COMPLEM.
BAIRRO CIDADE CEP ___-___
TELEFONE ___-___ CELULAR _____.____ EMAIL
EMPRESA UNIDADE DE SERVIÇO
SETOR CARGO SALÁRIO BASE R$

DEPENDENTES

São dependentes somente filho(a)s até 18 anos ou maiores inválidos reconhecidos pela Previdência Social. No caso de ser solteiro(a), sem filho(a)s ou cônjuge, os pais podem ser inclusos como dependentes, caso não tenham benefício próprio.

DEPENDENTE 1
NOME COMPLETO
DATA DE NASCIMENTO ___/___/_____ PARENTESCO

DEPENDENTE 2
NOME COMPLETO
DATA DE NASCIMENTO ___/___/_____ PARENTESCO

DEPENDENTE 3
NOME COMPLETO
DATA DE NASCIMENTO ___/___/_____ PARENTESCO

DEPENDENTE 4
NOME COMPLETO
DATA DE NASCIMENTO ___/___/_____ PARENTESCO

DEPENDENTE 5
NOME COMPLETO
DATA DE NASCIMENTO ___/___/_____ PARENTESCO

Declaro serem verdadeiras as informações acima.
Comprometo-me a cumprir as normas de sócio e autorizo o desconto em folha das mensalidades sindicais.

CADASTRO EM ___/___/_____ MATRÍCULA DO SÓCIO CÓDIGO DO ASSOCIADOR

DATA ___/___/_____

ASSINATURA DO ASSOCIADO PRESIDENTE

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO DE MENSALIDADE SINDICAL

CARTÃO PONTO Nº EU,
CADASTRADO PELO CPF ___.___.___-___ AUTORIZO O DESCONTO DAS MENSALIDADES SOCIAIS EM FOLHA DE PAGAMENTO PELA EMPRESA
E REPASSE AO SINDISAÚDE.

LOCAL DATA ___/___/_____

ASSINATURA DO ASSOCIADO