

# SindSAÚDE-SP

SINDICATO DOS TRABALHADORES PÚBLICOS DA SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO

Rua Paula Ney, 546/550 - Vila Mariana - SP - T: 3083-6100 - Fax: 3083-0261

FETSS

CNTSS

CUT

## FICHA DE FILIAÇÃO/RECADASTRAMENTO/APOSENTADOS

FILIAÇÃO

RECADASTRAMENTO

É FILIADO(A) NA(O)

ASSES

SINDSAUDE

Nome:

Sexo:  Masculino  Feminino Data Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Quesito Raça/Cor: \_\_\_\_\_

CPF:

RG:

Endereço:

No.:  Apto.:  Bairro:

Cidade:  CEP:  -

Telefone:  -  Celular:  -

Estado Civil: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Copiar do holerite o número do RS

Registro Funcional (RS, Matrícula, etc) No.:

Copiar do holerite o número do benefício

Aposentados:

Cargo/Função: \_\_\_\_\_ Região (Núcleo/DI R): \_\_\_\_\_

Órgão Contratador:  Estado  Município Admissão \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Regime de Contratação:  CLT  Lei 500  Efetivo  OSS/PRI VADO

Local de Trabalho \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ Ramal \_\_\_\_\_

Solicito a minha filiação ao Sindsaúde-SP e autorizo o desconto da mensalidade em folha de pagamento, conforme estatuto do referido sindicato.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ 201\_\_\_\_  
Local Data do preenchimento

\_\_\_\_\_  
Assinatura