

FICHA DE FILIAÇÃO

DADOS PESSOAIS

Nome: _____
Nome Social: _____
Data de Nasc.: ____/____/____ Estado Civil: _____
Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino Orientação Sexual: _____ Raça/Cor: _____
CPF: _____ RG: _____
Endereço: _____
Nº: _____ Complemento: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ CEP: _____
Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____
E-mail: _____
Contato de recado: (____) _____ Nome: _____ Grau de parentesco: _____

TRABALHADOR(A) ATIVO(A)

Número do Registro Funcional (RS, Matrícula, etc.): _____
Cargo/Função: _____
Regime de Contratação: ☐ Efetivo ☐ CLT ☐ Lei 500 ☐ Outros: _____
Unidade de Lotação: _____
Unidade em que trabalha atualmente: _____
Setor/departamento: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____
CEP: _____ Telefone: (____) _____ Ramal: _____

APOSENTADOS(AS)

Número do Benefício (apenas para Efetivo e Lei 500 - SPPrev): _____
Data da aposentadoria: ____/____/____
Regime de Contratação: ☐ Efetivo ☐ CLT ☐ Lei 500 ☐ Outros: _____

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

_____ de _____ 202 _____
Local

Assinatura do filiado(a)

Assinatura de quem filiou