

Rua Paula Ney, 546/550 - Vila Mariana - São Paulo/SP - Tel.: (11) 3083-6100

FICHA DE FILIAÇÃO/RECADASTRAMENTO/ APOSENTADOS

FILIAÇÃO

RECADASTRAMENTO

É FILIADO(A) NO(A)

ASSES

SINDSAÚDE-SP

Nome: _____

Sexo: Masculino Feminino Data de Nascimento: ____/____/____

Quesito Raça/Cor: _____

CPF: _____ RG: _____

Endereço: _____

Nº: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____

Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

Estado Civil: _____ E-mail: _____

Registro Funcional (RS, Matrícula etc) N°: _____
Copiar do holerite o número do RS

Aposentados: _____
Copiar do holerite o número do benefício

Cargo/Função: _____ Região (Núcleo/DIR): _____

órgão Contratador: Estado Município Admissão ____/____/____

Regime de Contratação: CLT Lei 500 Efetivo OSS/Privado

Local de Trabalho: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ Telefone: (____) _____ Ramal: _____

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

_____ de _____ 202 _____
Local

Assinatura