



**SINDICATO DOS TRABALHADORES EM ESTABELECIMENTOS DE SERVIÇOS DE
SAÚDE DE MARINGÁ E REGIÃO**

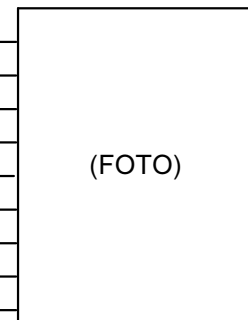
Praça Ari Barroso, 340 - Zona 05 - CEP: 87015-620 - Fone: 44 - 3031-2600
Maringá - Paraná. - CNPJ 77.267.656/0001-08 CNES 46000.006449/97
www.sindicatodasaude.com.br e-mail: sindicato@sindicatodasaude.com.br

Sistema ProSind 3.5

19/06/2015

Ficha do Sócio

Nome: _____ Inscrição: _____
Filiação: _____
Empresa: _____ PIS: _____
Cadastro: _____ E-mail: _____
Admissão: ____ / ____ / ____ Categoria: ____ / ____ / ____ Fone: _____
Local de Trabalho: _____ Seção: _____
Função: _____ Turno: _____
Nascimento: ____ / ____ / ____ Estado Civil: _____ Fone: _____
Naturalidade: _____ Estado: ____ Sangue: _____
Rua / Bairro: _____
CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____
Carteira Prof.: _____ Série: _____ Emissão: ____ / ____ / ____ UF: ____
Carteira Hab.: _____ Categoria: _____ Carteira Reservista: _____
Identidade/R.G.: _____ CPF: _____ Sexo: _____
Escolaridade: _____ Inscrição MEC: _____



DEPENDENTES

Esposo(a) : _____ : ____ / ____ / ____
Filho(a) : _____ : ____ / ____ / ____
Filho(a) : _____ : ____ / ____ / ____
____ : _____ : ____ / ____ / ____
____ : _____ : ____ / ____ / ____
____ : _____ : ____ / ____ / ____

Recebido em: ____ / ____ / ____

Nome: _____

Assinatura: _____

De conformidade com o Art. 545 da Consolidação das Leis do Trabalho, fica a Empresa onde presto serviço, Autorizada a **Descontar em Folha de Pagamento a Mensalidade** devido ao **Sindicato dos Trabalhadores em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de Maringá e Região**.

Maringá - PR, ____ DE _____ DE _____.

ASSINATURA DO ASSOCIADO