



SINDICATO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
COORDENAÇÃO REGIONAL DO SERIDÓ – Filiado à CONLUTAS

Telefax: (0xx84) 3417-3025 – CNPJ: 24518060/0001-69
Av. Coronel Martiniano 757 1º Andar Sala 03 Centro Caicó-RN Cep: 59.300-000
Site: sindsaudern.org.br - E-mail: regionalcaico@sindsaudern.org.br

FICHA DE FILIAÇÃO

DADOS PESSOAIS

Órgão/ Prédio: _____

Nome: _____ Matricula nº _____

Endereço: _____ nº _____ Bairro: _____

Cep: _____ - UF: _____ Cidade: _____

Tel. Residencial: () _____ - _____ Tel. Trabalho: () _____ - _____ Cel. () _____ - _____

E-mail: _____

Sexo: () Masculino () Feminino - Estado Civil: _____ Outros: _____

Escolaridade: () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau () Pós-Graduado – Outros: _____

DOCUMENTAÇÃO

CPF nº _____ - Título Eleitoral nº _____

RG nº _____ - Órgão Emissor: _____ UF: _____ Data da emissão: ____/____/____

PIS / PASEP nº _____ - Carteira Profissional nº _____ Série: _____

DADOS DO NASCIMENTO

Data de Nascimento: ____/____/____ Naturalidade: _____ UF: _____

Filiação: Pai _____ Mãe: _____

DADOS PROFISSIONAIS

Data de Admissão no emprego: ____/____/____ Cargo/Função: _____

Situação do sócio: () Ativo(a) () Aposentado(a) () Pensionista () Outros: _____

DADOS DOS DEPENDENTES

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: () M () F - Parentesco: () Filho(a) () Cônjuge () Neto(a) () Outros: _____

Caicó/RN, ____/____/____

Diretor(a)

Assinatura associado(a)



SINDICATO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE
COORDENAÇÃO REGIONAL DO SERIDÓ – Filiado à CONLUTAS

Telefax: (0xx84) 3417-3025 – CNPJ: 24518060/0001-69
Av. Coronel Martiniano 757 1º Andar Sala 03 Centro Caicó-RN Cep: 59.300-000
Site: sindsaudern.org.br - E-mail: regionalcaico@sindsaudern.org.br

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA

Ao Excelentíssimo Senhor Secretário de Administração

Nome do associado(a) _____ Matricula: _____

Órgão / Prédio): _____

Abaixo assinado(a) autorizo o desconto em folha de pagamento de 1% (um por cento) da remuneração total, exceto Gratificação de Estímulo a Produtividade e Plantão Eventual em favor do SINDSAÚDE-RN, conforme seu estatuto e a lei nº 4.552/76.

Caicó/RN, ____ de ____ de ____

Assinatura associado(a)

Registro Sistema nº _____
Data: ____ / ____ / ____

Responsável pelo registro

Cancelamento de registro nº _____
Data: ____ / ____ / ____

Responsável pelo registro

DADOS DEPENDENTES

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: () M () F - Parentesco: () Filho(a) () Cônjuge () Neto(a) () Outros: _____

.....

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: () M () F - Parentesco: () Filho(a) () Cônjuge () Neto(a) () Outros: _____

.....

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: () M () F - Parentesco: () Filho(a) () Cônjuge () Neto(a) () Outros: _____

.....

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: () M () F - Parentesco: () Filho(a) () Cônjuge () Neto(a) () Outros: _____

Espaço reservado para outras informações que julgue necessário (Observações)