



**SINDICATO DOS AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM  
E DOS TRABALHADORES EM ESTABELECIMENTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE SÃO PAULO**



# VEJA COMO FAZER PARA SE ASSOCIAR AO SINSAUDES

Imprima e preencha a Ficha de Sócio abaixo e compareça ao Sindicato, Setor de Expediente, com os seguintes documentos:



- CARTEIRA DE TRABALHO;
- CPF E RG;
- EM CASO DE DEPENDENTES LEGAIS, TRAZER A CERTIDÃO DE NASCIMENTO;
- PREENCHER A FICHA DE SÓCIO E TRAZER FOTOS DO SÓCIO E DEPENDENTES.

MAIS INFORMAÇÕES PELO TEL: (11) 3345-0039  
OU EMAIL: EXPEDIENTE3@SINSAUDES.ORG.BR OU  
JOAQUIM@SINSAUDES.ORG.BR

**NÃO FIQUE SÓ, FIQUE SÓCIO!**



**SINDICATO DOS AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM**  
**E DOS TRABALHADORES EM ESTABELECIMENTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE SÃO PAULO**

Matrícula N° \_\_\_\_\_

# PROPOSTA PARA SÓCIO

O Sr(a). \_\_\_\_\_  
nome por extenso e legível

Abaixo assinado, pretendendo ser admitido como sócio(a) deste Sindicato prometendo respeitar as Leis Sindicais vigentes e os seus estatutos, fornece os elementos abaixo para sua inscrição.

Pai \_\_\_\_\_

Filiação:

Mãe \_\_\_\_\_

Nascido(a) ao \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Nacionalidade \_\_\_\_\_ Natural de \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_ há \_\_\_\_ anos

Residência \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Empregador \_\_\_\_\_ Data de admissão \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Cart. Prof. N° \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

( ) Autorizo o desconto em folha de pagamento, de acordo com o disposto no art. 545 da CLT.

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Visto da Diretoria

\_\_\_\_\_  
Assinatura de Autorização