|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FICHA DE FILIAÇÃO** | | | | | | | | | | |  |
| **Nome Completo:** | |  | | | | | | | | |  |
| **RG nº** |  | | | | **CPF nº** |  | | | | |  |
| **Data de Nascimento:** | |  | | **Local de Nascimento:** | | | |  | | |  |
| **Estado Civil:** | |  | | | **Nº de Filhos** | |  | | | |  |
| **Celular:** |  | | **WhatsApp:** |  | |  | |  |  |  |  |
| **Endereço Residencial:** | | |  | | | | | | | |  |
| **Bairro:** | |  | | | **Cidade:** | | |  | | |  |
| **Estado:** | |  | | | **CEP:** |  | | |  |  |  |
| **Empresa que Trabalha** | | |  | | | | | | | |  |
| **Endereço da Empresa** | | |  | | | | | | | |  |
| **Bairro:** | |  | | | **Cidade:** | | |  | | |  |
| **CEP:** |  | | **Horário de Trabalho** | | **das** |  | | **às** |  |  |  |
| **Cargo/Função** | |  | | | | **Setor** | |  | | |  |
| **Data de Admissão** | | |  | | **CTPS nº** |  | | | **Série** |  |  |
| **Já foi sindicalizado?** | | |  | | | | | | | |  |
| **Escolaridade:** | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| **Em caso de Curso Superior informar o Curso:** | | | | |  | | | | | |  |
| **Caso já tenha trabalhado na área da Saúde, informar:** | | | | |  | | | | | |
| **DEPENDENTES** | | | | | | | | | | |
| **Nome:** |  | | | | | | | **Data de Nascimento** | |  |
| **Nome:** |  | | | | | | | **Data de Nascimento** | |  |
| **Nome:** |  | | | | | | | **Data de Nascimento** | |  |
| **Nome:** |  | | | | | | | **Data de Nascimento** | |  |
| Campo destinado ao Preenchimento pelo SEESSA | | | | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | | | | |  |
| Matricula nº: | | |  |  | **AUTORIZAÇÃO**    Autorizo a empresa a descontar de meus vencimentos a mensalidade e recolhe-la ao **Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde  de Apucarana e Região**, de acordo com o Artigo e 545 da CLT e Convenção Coletiva de Trabalho.  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |  |
| Livro: | | Fls: | |  |  |
|  | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  |  |  | Visto | |  |
|  |  |  |  |  | Assinatura | | | | | |  |