|  |  |
| --- | --- |
| **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  |  |