



SINDICATO DE AGENTES COMUNITÁRIO
DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO
ENDEREÇO: RUA ALVARO DE OLIVEIRA, 71 FUNDOS
BANGU – RIO DE JANEIRO – RJ [EMAIL - sindacsRJ@ig.com.br](mailto:sindacsRJ@ig.com.br)
CNPJ 12.107.224/0001-86

FICHA DE FILIAÇÃO AO SINDICATO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

DADOS PESSOAIS

NOME: _____
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ NAT: _____
NACIONALIDADE: _____ SEXO: (M/F) (____)
ESTADO CIVIL: _____
FILIAÇÃO: PAI: _____
MÃE: _____
ENDEREÇO RESIDENCIAL: (Rua; Av.; Etc..) _____
NÚMERO: _____
BAIRRO: _____ CEP: _____
CIDADE: _____ ESTADO: _____
TEL. CONTATO: ____-____-____ TEL. TRAB: ____-____-____
CPF _____
R.G: _____ ORGÃO EMISSOR: _____
DATA DE EXPEDIÇÃO: ____/____/____ CART. TRAB _____ SÉRIE _____
ESCOLARIDADE: () FUNDAMENTAL () MÉDIO () SUPERIOR
E-MAIL: _____

DADOS FUNCIONAIS

DATA DE ADMISSÃO INICIAL: ____/____/____ ESTATUTÁRIO () CELETISTA ()
CARGO: _____ MATRÍCULA: _____ UNIDADE DE TRABALHO: _____
END. TRABALHO: _____
BAIRRO: _____ CEP: _____-____ AREA PROGRAMÁTICA (AP): _____



SINDICATO DE AGENTES COMUNITÁRIO
DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO
ENDEREÇO: RUA ALVARO DE OLIVEIRA, 71 FUNDOS
BANGU – RIO DE JANEIRO – RJ [EMAIL - sindacsRJ@ig.com.br](mailto:sindacsRJ@ig.com.br)
CNPJ 12.107.224/0001-86

Autorização de Sindicalização

Eu, _____, nacionalidade _____,
inscrito no CPF sob o nº _____ e portador da CTPS nº _____,
série _____ autorizo a Organização Social _____
o desconto de 1% (um por cento) do meu Piso Salarial em folha de pagamento, ou boleto bancário ou débito
em conta corrente por conta de contribuições devidas por mim em favor do SINDICATO DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO (SINDACSRJ), sujeito a possíveis
reajustes por deliberação da assembléia geral. Ser-me-á facultado o direito de cessar esta autorização a
qualquer época, desde que, o faça por escrito em requerimento dirigido ao Departamento de Cadastro do
SINDACSRJ.

Rio de Janeiro, ____ de ____ de 20 ____.

Assinatura

SINDACS - RJ

Recebi de _____ a
ficha de Cadastramento Sindical que a partir desta data passa a usufruir de todos os benefícios
oferecidos por este Sindicato.
Rio de Janeiro ____/____/____.

Assinatura do Responsável pelo Cadastramento