



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

DADOS FUNCIONAIS

DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____ ESTATUTÁRIO () CELETISTA ()
CARGO: _____ MATRÍCULA: _____ MÓDULO: _____
END. TRABALHO: _____
BAIRRO: _____ CEP: _____ - _____



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) de meu salário bruto 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