



## Proposta para admissão de sócio

Matrícula nº .....  
Nome: .....  
Data Nasc. .... Natural de: ..... Estado Civil: .....  
Nacionalidade: .....  
Endereço: .....  
..... Número: ..... Bloco: ..... Apto: .....  
Cidade: .....  
Bairro: ..... CEP: .....  
Telefone: (.....) ..... Celular: (.....) .....  
Nome do Pai: .....  
Mãe: .....

E-mail: .....  
Carteira Profissional nº: ..... Série: .....  
CPF: ..... PIS: .....  
RG: ..... Título de Eleitor: ..... Zona: ..... Seção: .....  
Número do Registro no Conselho Profissional: .....

Empresa em que trabalha (1): .....  
Profissão: ..... Data de Admissão: .....  
Endereço: .....  
Cidade: ..... Telefone: .....

Empresa em que trabalha (2): .....  
Profissão: ..... Data de Admissão: .....  
Endereço: .....  
Cidade: ..... Telefone: .....

Empresa em que trabalha (3): .....  
Profissão: ..... Data de Admissão: .....  
Endereço: .....  
Cidade: ..... Telefone: .....

Obs.: No caso de trabalhar em mais de uma empresa, o desconto será feito apenas por uma. Assinale qual a empresa de sua preferência para o desconto sindical: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )

AUTORIZO DESCONTAR EM FOLHA DE PAGAMENTO A MENSALIDADE SINDICAL

Campinas, ..... de ..... de .....

Assinatura do Associado

Sede Própria: Rua Duque de Caxias, 368 – Centro  
CEP: 13.015-310 – Campinas – SP – Caixa Postal: 488  
Fone: (19) 3739-4277 – www.sinsaude.org.br

# DEPENDENTES

São dependentes do associado:

Quando este for solteiro - Pai, Mãe, Filhos e Filhas solteiros até 18 anos.

Quando este for casado - Esposo, Esposa, Companheiro, Companheira, Filhos e Filhas solteiros até 18 anos.

	Nome	Data de Nascimento	Parentesco
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			

**Leia com atenção especial:**

Para não perder o direito ao seguro de vida é indispensável manter junto ao SINSAÚDE seu endereço atualizado, bem como alterações no seu contrato de trabalho, aposentadoria, licença saúde, etc. Mantenha a relação de dependentes sempre atualizada.

**Atenção:**

Todos os benefícios e serviços poderão ser utilizados a partir do pagamento efetivo da primeira mensalidade e/ou desconto em folha de pagamento devidamente comprovado.

**Observações:** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Assinatura do Proponente

