



SINDICATO DOS PRÁTICOS DE FARMÁCIA E DOS EMPREGADOS NO COMÉRCIO DE DROGAS,
MEDICAMENTOS E PRODUTOS FARMACÊUTICOS DE SÃO PAULO

Entidade Sindical de 1º grau reconhecida pelo MTIC em 25 de julho de 1951

www.sinprafarmasp.org.br

FICHA DE SINDICALIZAÇÃO

MATRÍCULA Nº.:

NOME:		Masc	Femin
NOME DA MÃE:		NOME DO PAI:	
NACIONALIDADE:	NATURALIDADE:	ESTADO:	
DATA DE NASCIMENTO:	ESTADO CIVIL:	CTPS Nº / SÉRIE	
CPF:	RG:	PIS:	
ENDEREÇO RESIDENCIAL:		Nº / COMPLEMENTO:	
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:	
TELEFONE RESIDENCIAL:	TELEFONE CELULAR:	EMAIL:	
DADOS DA EMPRESA:			
EMPRESA:		CNPJ:	
ENDEREÇO:		Nº / COMPLEMENTO:	
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:	
TELEFONE:	DATA DE ADMISSÃO:	CARGO / FUNÇÃO:	
DEPENDENTES:			
NOME	DATA DE NASCIMENTO	PARENTESCO	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
São seus dependentes:			
1. Esposa (o).			
2. Os filhos até 18 anos.			
3. Cônjuge desde que não trabalhe.			
4. Pai e Mãe desde que dependente e conste na declaração do imposto de renda.			

FAVOR PREENCHER COM LETRA LEGÍVEL OU FORMA

DATA:

/	/	/
---	---	---

João Carlos Bascegas
Presidente

VIDE VERSO



SINDICATO DOS PRÁTICOS DE FARMÁCIA E DOS EMPREGADOS NO COMÉRCIO DE DROGAS,
MEDICAMENTOS E PRODUTOS FARMACÊUTICOS DE SÃO PAULO

Entidade Sindical de 1º grau reconhecida pelo MTIC em 25 de julho de 1951

www.sinprafarmasp.org.br

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO DA CONTRIBUIÇÃO ASSISTENCIAL

Pelo presente instrumento,
eu _____

nacionalidade _____, estado civil _____, profissão _____
inscrito(a) no CPF sob o nº _____ e no RG nº _____, residente e
domiciliado(a) à _____

com fundamento na lei Vigente e no Estatuto Social do SINDICATO DOS PRÁTICOS DE FARMÁCIA E DOS EMPREGADOS NO COMÉRCIO DE DROGAS, MEDICAMENTOS E PRODUTOS FARMACÊUTICOS DE SÃO PAULO, venho solicitar minha inclusão no quadro de associados desta entidade sindical, reconhecendo-a como legítima representante de minha categoria profissional. Outrossim, nos termos do artigo 545 da CLT, **autorizo expressamente** a empresa _____

o desconto em meu salário através da folha de pagamento, da **CONTRIBUIÇÃO ASSISTENCIAL**, no percentual de 1,25% da minha remuneração mensal, conforme previsto na Convenção Coletiva de Trabalho, em favor do Sindicato dos Práticos de Farmácia e dos Empregados no Comercio de Drogas Medicamentos e Produtos Farmacêuticos de São Paulo.

São Paulo, ____ / ____ / ____

Assinatura

O SINDICATO TEM O QUE VOCÊ PRECISA

SINDICALIZE-SE NO SINPRAFARMA-SP

**Conheça e aproveite
os benefícios**

*Assistência Jurídica
Colônias de Férias
Acupuntura
Odontologia
Clínicas
Laboratórios
Cinemas
Parques
Escolas
Universidades
Kit Baby e
muito mais.*

**O Sinprafarma-SP mantém
em sua sede social:**

*Convênios com laboratórios com
mais de 130 exames gratuitos.*

*Dois consultórios Odontológicos,
em nossa sede social*

*Mantemos convênios com vários
seguimentos com ótimos
descontos para os associados.*

SÃO PAULO
Rua Abolição, 379 – Bela Vista
CEP: 01319-010
Fone/Fax: 11 – 3111-9029
www.sinprafarmasp.org.br

Subsede GUARULHOS
Rua XV de Novembro, 85 – Conj.
61/62 - 6º andar – Centro.
CEP: 07011-030
Fone: 11 – 2468-0018
guarulhos@sinprafarmasp.org.br

Documentos Necessários:

Xerox do CPF, RG, (Carteira Trabalho – Páginas: Contrato c/a empresa + Pág. Foto, numero e série) PIS, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, ÚLTIMO HOLERITE, SE CASADO(CÔNJUGE) DEPENDENTE, CERTIDÃO DE CASAMENTO E DOS FILHOS MENORES DE 18 ANOS RG OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO.

Obs: Enviar foto padrão rosto 3x4 via [WhatsApp](https://api.whatsapp.com/send?phone=11964420656) Nº (11) 96442-0656 para ser anexada na CARTEIRINHA ONLINE.