



## SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTOS DE SERVIÇO DE SAÚDE DE JAÚ

BASE TERRITORIAL: JAÚ e REGIÃO

PROPOSTA N° \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Filiação (pai): \_\_\_\_\_

Filiação (mãe): \_\_\_\_\_

Data do Nascimento: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Natural de: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Data de admissão na categoria \_\_\_\_\_ Fone(s) \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Empresa onde trabalha: \_\_\_\_\_

Para os efeitos do artigo 545 da CLT, autorizo a empresa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ a descontar em

folha de pagamento, minha MENSALIDADE SOCIAL e contribuições devidas

ao **Sindicato dos Empregados em Estabelecimento de Serviço de Saúde**

**de Jaú**, na qualidade de associado. Também concordo ser de minha responsabilidade

em comunicar o Sindicato no prazo de 30 dias sobre eventual dispensa ou mudança de

empregador. Caso não seja feita a comunicação no prazo de 30 dias corridos, estou ciente que serel

desligado(a) do quadro associativo desta entidade, não tendo mais direito aos benefícios deste,

Inclusi: ➤ seguro de vida.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
PROPONENTE

\_\_\_\_\_  
SÓCIO

## DEPENDENTES

N O M E S		D E P E N D E N T E S		Data Nasc.
01				
02				
03				
04				
05				
06				

Obs.:

São dependentes esposo (a), filhos (as) solteiros (as), com idade até 21 anos incompletos e pai e mãe quando o sócio for solteiro (a);

No ato da entrega da proposta, trazer xerox da certidão de casamento, 2 fotos 3x4 recentes e dos dependentes xerox da certidão de nascimento e uma foto 3x4 recente;

A mensalidade associativa sofrerá reajuste nos meses em que for reajustado o salário-mínimo.