



## Ficha de Sócio SINTERCOJ

DADOS PESSOAIS					
NOME			NASCIMENTO		
E-MAIL		SUS		SEXO	M F
RG		CPF			
TELEFONE	CELULAR	NOME DA MÃE			
MUNICÍPIO DE NASCIMENTO		EMPRESA		UNIDADE	
FUNÇÃO		TELEFONE	ODONTOLÓGICO	SIM	NÃO
ENDEREÇO CORRESPONDÊNCIA					
ENDEREÇO			Nº	COMPLEMENTO	
BAIRRO		CIDADE	ESTADO	CEP	
RELAÇÃO DE DEPENDENTES					
NOME			NASCIMENTO		
CPF	PARENTESCO	NOME DA MÃE	SUS		
NOME			NASCIMENTO		
CPF	PARENTESCO	NOME DA MÃE	SUS		
NOME			NASCIMENTO		
CPF	PARENTESCO	NOME DA MÃE	SUS		
NOME			NASCIMENTO		
CPF	PARENTESCO	NOME DA MÃE	SUS		

### AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA – MATRICULA Nº \_\_\_\_\_.

Autorizo a empresa conforme determinado em assembleia Geral (CLT Artigo 545) a descontar a Mensalidade Sindical \_\_\_\_\_, mais valor de R\$ \_\_\_\_\_, referente a Assistência Odontológica para meus dependentes, em minha folha de pagamento, conforme determina a Convenção Coletiva de Trabalho e ou Acordo Coletivo de Trabalho vigente a favor do Sindicato dos Trabalhadores em Empresas de Refeições Coletivas, Refeições Convenio, Cestas de Alimentos, Refeições Escolar e Empresas Fornecedoras Refeições para Passageiros em Aeronaves de Jundiaí e Região, somente poderá ser revogada ou cancelada mediante autorização por escrito ao sindicato.

Jundiaí, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

ASSINATURA DO TITULAR