



Sindicato dos Profissionais de Enfermagem de Mato Grosso

CNPJ: 37.466.182/0001-09

SINDICATO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO ESTADO MT

AV GENERAL VALLE, N°182- SALA 402 - 4° ANDAR, EDIFÍCIO COPA EXECUTIVE

CENTER CEP: 78010-000 - Cuiabá – MT

Fone: (65) 3358-7872 - E-mail: sinpen.matogrosso@gmail.com

FICHA FILIAÇÃO

NOME: _____ INSCRIÇÃO: _____

CPF: _____ RG: _____ SSP/ _____ Data Masc. ____/____/____

FILIAÇÃO:

Pai: _____

Mãe: _____

LOCAL DE TRABALHO: _____

FUNÇÃO: _____ TURNO: _____

Fone: _____ E-mail _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

DEPENDENTES:

Esposo(a) : _____

Filho(a) : _____ Idade: _____

Filho(a) : _____ Idade: _____

Filho(a) : _____ Idade: _____

De conformidade com o Art. 545 da Consolidação das Leis do Trabalho, fica a empresa onde presto serviço, autorizada a descontar em Folha de Pagamento o Valor de 2% (dois por cento) do meu Salário Base/Subsídio e ainda Convênios em caso de uso, em favor do SINDICATO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO ESTADO MT.

Cuiabá - MT, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO FILIADO SINPEN

Nome:

CPF: