



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, Nº182- SALA 402 - 4º ANDAR, EDIFÍCIO COPA EXECUTIVE

CENTER CEP: 78010-000 - Cuiabá – MT

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

**FICHA PARA FILIAÇÃO**  
(Favor preencher com letra legível)

NOME: \_\_\_\_\_

DATA NASC: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ Nº INSCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ SSP/\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**FILIAÇÃO:**

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

LOCAL DE TRABALHO: \_\_\_\_\_ DATA ADMISSÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FUNÇÃO: \_\_\_\_\_ TURNO: \_\_\_\_\_ SALÁRIO: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

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

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

**DEPENDENTES:**

Esposo(a): \_\_\_\_\_

Filho(a): \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Filho(a): \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Filho(a) : \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Tem interesse no **Cartão SinpenCard** para usufruir de alguns benefícios, se sim, assinala que solicitamos para você.

( ) Sim, gostaria de adquirir o Cartão Sinpen Card ( ) Não, Obrigado(a).

*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: \_\_\_\_\_