



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:	
<b>DADOS DA EMPRESA:</b>			
EMPRESA:		CNPJ:	
ENDEREÇO:		Nº / COMPLEMENTO:	
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:	
TELEFONE:	DATA DE ADMISSÃO:	CARGO / FUNÇÃO:	
<b>DEPENDENTES:</b>			
NOME	DATA DE NASCIMENTO	PARENTESCO	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	
<b>São seus dependentes:</b>			
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 1,00% 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](http://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](mailto: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://www.whatsapp.com) Nº (11) 96442-0656 para ser anexada na CARTEIRINHA ONLINE.