



**SECMESSP - SINDICATO DOS EMPREGADOS DE
COOPERATIVAS MÉDICAS NO ESTADO DE SÃO PAULO**

Rua Tiradentes, n.º 289/293 - 9º andar - Sala 94 - CEP: 13023-190
Fone: (19) 3232-1471 - Fax: (19) 3236-6543 Campinas-SP
email: info@secmessp.org.br - site: www.secmesp.org.br

PROPOSTA DE ADMISSÃO

MAT. Nº _____ (para uso do SECMESSP)

CPF: _____ RG: _____

Nome completo: _____

Nacionalidade: _____ Natural de: _____

U.F.: _____ Estado Civil: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Filiação Pai: _____

Filiação Mãe: _____

Endereço: _____

Nº: _____ Bairro: _____

Município: _____ U.F.: _____

Complemento: _____ CEP: _____

E-mail (Com.): _____

E-mail (Part.): _____

Fone (Com.): _____ Ramal: _____

Fone (Res.): _____ Celular: _____

Função: _____

Cooperativa: _____

Data da Admissão: ____/____/____ Carteira Profissional Nº _____ Série: _____

Nome do Dependente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ grau de parentesco: _____

Nome do Dependente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ grau de parentesco: _____

Nome do Dependente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ grau de parentesco: _____

Solicito minha inscrição no quadro social desse Sindicato, sujeitando-me às condições estabelecidas em seu Estatuto e Regulamentos, e nos termos do artigo da C.L.T autorizo mensalmente em minha folha de pagamento o valor da mensalidade devida a essa entidade.

Assinatura: _____

_____ de _____ de 2 _____



**SECMESSP - SINDICATO DOS EMPREGADOS DE
COOPERATIVAS MÉDICAS NO ESTADO DE SÃO PAULO**

Rua Tiradentes, n.º 289/293 - 9º andar - Sala 94 - CEP: 13023-190
Fone: (19) 3232-1471 - Fax: (19) 3236-6543 Campinas-SP
email: info@secmessp.org.br - site: www.secmesp.org.br

À

Unimed _____ Cooperativa de Trabalho Médico

Prezados Senhores

Através desta, e nos termos do artigo 545 da C.L.T., venho autorizar Vs. Ss. a descontar em folha de pagamento, mensalmente, em favor do Sindicato dos Empregados de Cooperativas Médicas No Estado de São Paulo, o valor da mensalidade devida a este.

Atenciosamente,

Nome: _____

CTPS.Nº _____ Série _____

Assinatura _____