

	<p><b>SINDBIOMÉDICOS/DF</b>  <b>SINDICATO DOS BIOMÉDICOS DO DISTRITO FEDERAL</b>  <b>CNPJ:09.620.574.0001-37</b></p>
---	--

**Ficha Cadastral**

( ) Sócio Fundador ( ) Sócio Aspirante ( ) Sócio Contribuinte ( ) ( ) Sócio Beneficiário

Dados Pessoais:

Nome: \_\_\_\_\_ \_RG nº \_\_\_\_\_  
 Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ SSP/DF \_\_\_\_\_ Expedida em: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 Tel Cel.:(61) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
 Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_  
 Ano de graduação: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_ CRBM \_\_\_\_\_

Habilitação: \_\_\_\_\_  
 Pós-Graduação/Área: \_\_\_\_\_  
 Mestrado/Área \_\_\_\_\_  
 -Doutorado/Área \_\_\_\_\_

Dados Profissionais

Empresa 1  
 Nome: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Ramo de Atividade: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_

Empresa 2  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_ declaro ser  
 verdadeiras as declarações acima expressas

\_\_\_\_\_  
 Assinatura