



SINDBIOMÉDICOS/DF
SINDICATO DOS BIOMÉDICOS DO DISTRITO FEDERAL
CNPJ: 09.620.574.0001-37 Tel. 61-32573055 /91252792

FICHA DE FILIAÇÃO

NOME: _____

SEXO: M () F () DT. NASC. : ____/____/____ NATURALIDADE: _____ UF: _____ PAÍS:

_____ CRBM: _____ CPF: _____

RG: _____ EXPEDIDA POR: _____

PASEP-----

Estudante?-----

FACULDADE PELA QUAL SE FORMOU: _____

ANO: _____

OUTRAS ESPECIALIZAÇÕES

(Especifique o tipo: Doutorado, Mestrado, Especialização, etc)

Tipo: _____ Instituição: _____

Duração: _____ anos Ano de conclusão: ____/____/____

Duração: _____ anos Ano de conclusão: ____/____/____

ENDEREÇO RESIDÊNCIAL

Bairro: _____ Cidade: _____ U.F.: _____ CEP: _____

ENDEREÇO DA INSTITUIÇÃO EM QUE TRABALHA

Bairro: _____ Cidade: _____ U.F.: _____ CEP: _____

TELEFONES

Residencial: _____ Comercial: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Autorização para desconto em folha de pagamento

Em conformidade com o artigo 545 da CLT,

eu.....

Venho pelo presente instrumento autorizar a

empresa.....

O desconto de 1% mensalmente do meu salário bruto em folha de pagamento, em favor do sindicato dos Biomédicos do Distrito Federal, a partir de/...../.....

REFERENTE AO PAGAMENTO DE MINHA MENSALIDADE COMO SÓCIO(A) SINDICALIZADO.

ASSINATURA DO PROPONENTE