



## 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                                   |   |
| _____  | _____                            | _____  |   |
| _____  | _____                            | _____  |   |
| _____  | _____                            | _____  |   |
| JÁ FOI ASSOCIADO : <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM                 |                                  | MATRÍCULA ANTERIOR Nº                        |   |
| ENVIAR CARTEIRINHA PARA <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPRESA |                                  |  |   |
| COMO CONHECEU O SINPRAFARMA ?  |                                  |  |   |
| <input type="checkbox"/> AMIGO   | <input type="checkbox"/> EMPRESA | <input type="checkbox"/> REVISTA SINPRAFARMA | <input type="checkbox"/> REPR. DO SINDICATO |
| <input type="checkbox"/> UNIMED PAULISTANA   | <input type="checkbox"/> OUTROS  |  |   |

**FAVOR PREENCHER COM LETRA LEGÍVEL OU FORMA**

**DATA:**

/ /

**DIRETORIA**

\_\_\_\_\_

**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](http://www.sinprafarmasp.org.br)

## O SINDICATO TEM O QUE VOCÊ PRECISA

**Conheça e aproveite  
os benefícios**

*Assistência Jurídica  
Colônias de Férias  
Médicos  
Odontologia  
Clínicas  
Laboratórios  
Cinemas  
Parques  
Teatros  
Escolas  
Universidades  
Kit Baby e  
muito mais*

**Nossos convênios e parcerias  
garantem descontos  
especiais nas áreas de  
educação, saúde e lazer, para  
beneficiar ainda mais nossos  
associados.**

*Participe dos nossos eventos e  
ganhe prêmios.  
Campeonato futsal Sinprafarma,  
Concurso Miss Sinprafarma.*

*Sendo associado você participa dos  
sorteios mensais de  
CESTAS BÁSICAS E INGRESSOS  
PARA CINEMA*

*KIT BABY - associados retiram no  
Sinprafarma o kit do seu recém-  
nascido.*

**SÃO PAULO**  
Rua Abolição, 379 – Bela Vista  
Fone/Fax: 11 – 3111-9029  
[WWW.sinprafarmasp.org.br](http://WWW.sinprafarmasp.org.br)

**GUARULHOS**  
Rua XV de Novembro, 85 – 6º andar –  
Centro  
Fone: 11 – 2468-0018  
[Guarulhos@sinprafarmasp.org.br](mailto:Guarulhos@sinprafarmasp.org.br)

**OSASCO**  
Rua. Antonio Biscuola, 26 e 28  
Centro  
Fone: 11-3683-5187/Fax: 3884-1686  
[Osasco@sinprafarmasp.org.br](mailto:Osasco@sinprafarmasp.org.br)

**SINDICALIZE-SE NO SINPRAFARMA**

Eu \_\_\_\_\_, abaixo assinado, solicito a inclusão de meu nome no quadro de associados desta Entidade, cuja proposta se apresenta com fundamento nas Convenções Coletivas e Leis Trabalhistas vigentes, que prevêm os seguintes descontos em favor da Entidade Sindical:

Contribuição Confederativa – percentual de 1% (um por cento) ao mês;

Contribuição Assistencial – percentual de até 5% (cinco por cento) uma vez ao ano;

Contribuição Sindical – Valor equivalente a 1 (um) dia de trabalho (Conforme CLT, art. 545), desconto esse realizado no mês de março de cada ano ou quando da ocasião da data admissional, caso não tenha sido praticado o desconto em período anterior, no mesmo ano.

Declaro ainda, ter sido informado (a) de que nos meses em que incidir o desconto das Contribuições Sindical e Assistencial não será aplicado o desconto da Contribuição Confederativa, bem como declaro ter tomado conhecimento dos direitos adquiridos no usufruto de convênios e parcerias com Entidades Educacionais, de Lazer e Colônia de Férias, Serviços Odontológicos, Médicos e Atendimento Jurídico prestados pelo Sindicato dos Práticos de Farmácia e dos Empregados no Comércio de Drogas, Medicamentos e Produtos Farmacêuticos de São Paulo (SINPRAFARMA) decorrentes de minha filiação.

São Paulo, \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
assinatura

### ATENÇÃO:

Preencher dados cadastrais no verso da ficha;

Documentos Necessários – Xerox do CPF, RG, CTPS, PIS, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, 2 ÚLTIMOS HOLERITES, SE CASADO (A), CERTIDÃO DE CASAMENTO E DOS FILHOS MENORES.