

## Ficha Cadastral

Nº \_\_\_\_\_

### Dados pessoais

Nome: \_\_\_\_\_  
R.G.: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ Expedida em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
C.P.F.: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_  
Ano de graduação: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_ CRBM: \_\_\_\_\_  
Habilitação(ões): 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

### Dados profissionais

#### Empresa

Nome: \_\_\_\_\_ Ramo de atividade: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Nº de inscrição na empresa: \_\_\_\_\_ Tipo de contrato: \_\_\_\_\_  
Data de admissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tempo de registro em carteira (total): \_\_\_\_\_  
Área de atuação: \_\_\_\_\_  
Carga horária semanal: \_\_\_\_\_ Tempo de atuação na área: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_ declaro verdadeiras as informações acima, sendo que fui informado que a filiação é voluntária e que, a partir de minha filiação, será cobrada a mensalidade sindical. A desfiliação só ocorrerá através de solicitação por carta com firma reconhecida, cessando assim a cobrança da mensalidade sindical a partir da data de processamento. Os débitos anteriores, se houver, devem ser quitados antes da solicitação de desfiliação.

Sendo assim, solicito minha filiação ao Sindicato dos Biomédicos Profissionais do Estado de São Paulo.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

Assinatura do associado