

Av. Sinhá Moreira, 200 - Centro
Santa Rita do Sapucaí-MG
CEP: 347536-016
www.sindvas.org
facebook.com/sindvas
instagram.com/sindvas.sindvas
📞Tel/WhatsApp:(35) 3471-4113



Matrícula Sindical nº: _____

Dados Pessoais:

Nome: _____ CPF: _____
Filiação: Mãe: _____
Pai: _____
Nacionalidade: _____ Natural de: _____ Estado: _____
Data de Nascimento: Dia: _____ Mês: _____ Ano: _____
Estado Civil: _____
Nome do Cônjuge: _____
Data de Nascimento: Dia: _____ Mês: _____ Ano: _____
Filhos:
1) _____ Nascido em: ____/____/____
2) _____ Nascido em: ____/____/____
3) _____ Nascido em: ____/____/____
4) _____ Nascido em: ____/____/____
5) _____ Nascido em: ____/____/____
6) _____ Nascido em: ____/____/____
Endereço Residencial: _____ nº _____
Bairro: _____ Cidade: _____
CEP: _____ WhatsApp: _____

Dados Profissionais:

Carteira Profissional: Número: _____ Série: _____
Empresa onde trabalha: _____
Endereço da Empresa: _____
Bairro: _____ Cidade: _____
CEP: _____ Data de Admissão: ____/____/____ Cargo que ocupa: _____
Já pertenceu a algum Sindicato? _____ Qual? _____
Ocupou Cargo Eletivo: _____ Qual? _____

Termo de Compromisso

Estou ciente que ao entrar como sócio (a) do SINDVAS e para usufruir os benefícios na qualidade de sócio (a), terei que permanecer associado e contribuindo para a entidade por um período mínimo de 12 meses.

Estou ciente ainda e de acordo que se vier solicitar o meu desligamento do quadro social da entidade, sem que haja o desligamento da empresa a qual estou registrado, os descontos referentes à mensalidade sindical continuarão a ser efetuados até que se complete 12 contribuições.

De acordo: _____ Santa Rita do Sapucaí- MG ____/____/____

Autorização para desconto em Folha

O Sr. (a) _____
portador da Carteira Profissional nº _____, série: _____
autorizada sua empregadora _____
a descontar mensalmente em seu salário, a importância que a categoria fixar em Assembleia, a título de mensalidade social, a favor do Sindicato dos Trabalhadores do Vale do Sapucaí - SINDVAS. Nesta data o valor da mensalidade social é de **2% do salário nominal**. Santa Rita do Sapucaí, ____/____/____.

Assinatura do Associado: _____