



JUNTE-SE A ESTA LUTA. VALORIZE O SEU TRABALHO

# SINDACS - BA

Filiado à  
**CNTSS**  
**CUT**  
**DIEESE**

Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde e Contadores de Doenças Endêmicas e Epidemiológicas do Estado da Bahia

FICHA DE INSCRIÇÃO DE SÓCIO				
NOME			FOTO 3 X 4	
<input type="text"/>				
MATRICULA INDISPENSÁVEL				
<input type="text"/>				
ENDEREÇO				
<input type="text"/>				
BAIRRO	CIDADE		ESTADO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
CEP	NATALIDADE	NACIONALIDADE	DATA DE NASCIMENTO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
ESTADO CIVIL	GRUPO SANGUÍNEO	TEL CELULAR	TEL RESIDENCIAL	FUNÇÃO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FILIAÇÃO				
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
IDENTIDADE	ORGÃO EMISSOR	CPF		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
UNIDADE DE TRABALHO	EMPRESA		DISTRITO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
EMPRESA			ADMISSÃO	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
LOCAL E DATA		ASSINATURA DO AFILIADO		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		

### SINDACS-BA – AUTORIZAÇÃO

Eu \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ empregado da empresa \_\_\_\_\_ autorizo meu empregador a descontar., mensalmente, 1 (um por cento) do meu salário base, como mensalidade fixada em assembléia geral de acordo com o artigo 545, parágrafo único da CLT, em favor do **Sindicato dos Agentes Comunitários de saúde e Contadores de Doenças Endêmicas e Demiológicas do Estado da Bahia – SINDACS / BA.**

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Preencha a ficha de filiação, anexe 2 fotos 3x4 e ligue para o SINDACS / BA através do telefone (71) 3321-2632