



Rua General José Semeão, 104, Santo Amaro  
 Recife/PE - CEP: 50050-120  
 Fone: (81) 3222.4061 Email: [sindacs.presidencia@gmail.com](mailto:sindacs.presidencia@gmail.com)  
 Site: [www.sindacspe.org.br](http://www.sindacspe.org.br)  
 Facebook: @Sindacs-pe  
 CNPJ: 04.428.218/0001-00

## Proposta de Sindicalização

Nº de Registro \_\_\_\_\_

|                          |                              |                                   |
|--------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Nome: _____              |                              |                                   |
| RG: _____                | CPF: _____                   | Data de Nasc.: ____ / ____ / ____ |
| Estado Civil: _____      | Endereço: _____              | Nº _____                          |
| Bairro: _____            | CEP: _____                   |                                   |
| E-mail: _____            |                              | Fone: _____                       |
| Distrito: _____          | Função: _____                | Matricula: _____                  |
| Local de Trabalho: _____ | Admissão: ____ / ____ / ____ |                                   |

| Nome do Dependente | Data de Nascimento | Parentesco |
|--------------------|--------------------|------------|
|                    |                    |            |
|                    |                    |            |
|                    |                    |            |
|                    |                    |            |
|                    |                    |            |
|                    |                    |            |
|                    |                    |            |
|                    |                    |            |

Ilmo. Senhor Presidente do **Sindicato dos Agentes Comunitário de Saúde e Guarda de Endemias do Estado de Pernambuco (SINDACS-PE)**.

Nome do Sócio (a): \_\_\_\_\_ Matricula: \_\_\_\_\_

Agente Comunitário de Saúde ou Agente de Combate as Endemias do servidor do distrito ou município de \_\_\_\_\_ desejando Inscrever-se como sócio deste Sindicato, requer a sua inscrição, Autorizando a entidade contratante a fazer em folha de pagamento o desconto de sua Mensalidade Sindical no valor de 1,5% (um e meio por Cento) do Salário.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Diretor

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Sócio