



SINDICATO DOS BIOMÉDICOS DO DISTRITO FEDERAL

CNPJ 09.620.574.0001-37 Código Sindical: 98361-6

SRTVN 701 CONJUNTO C SALA 615 TORRE A CENTRO EMPRESARIAL NORTE

BRASÍLIA/DF - CEP 70.719-903

TEL. (61) 3037 8009

E-mail: sindbiomedicosdf@gmail.com

FICHA DE FILIAÇÃO Nº

NOME: _____
SEXO: M () F () DT. NASC. : ____/____/____ NATURALIDADE: _____ UF: _____
NACIONALIDADE: _____ CPF _____ CRBM nº _____
CI nº _____ ÓRGÃO EMISSOR _____ DATA DA EMISSÃO ____/____/____
PASEP: _____ PIS: _____ Estado Civil: _____
FACULDADE PELA QUAL SE FORMOU: _____ Ano: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Endereço: _____

Cidade: _____ U.F.: _____ CEP: _____

INSTITUIÇÃO NA QUAL TRABALHA

NOME DA EMPRESA: _____

CNPJ: _____

ENDEREÇO _____

Cidade: _____ U.F.: _____ CEP: _____

TELEFONES:

Residencial: _____ Comercial: _____ Fax: _____

E-mail: _____ celular: _____

Autorização para desconto em folha de pagamento

Eu _____

Identidade _____ CPF _____ Matricula Nº _____

Autorizo a empresa _____ a descontar

mensalmente _____ do meu salário, em folha de pagamento, em favor do Sindicato dos

Biomédicos do Distrito Federal (SINDBIOMÉDICOS-DF), a partir de ____ / ____ / ____ , referente à

Contribuição mensal como membro sindicalizado(a) em conformidade com o artigo 545 da CLT.

Brasília-DF, ____ de _____ de _____

Assinatura



PÓS GRADUAÇÃO

Tipo: _____ IES: _____

Duração: _____ anos Ano de conclusão: _____

Tipo: _____ IES: _____

Duração: _____ anos Ano de conclusão: _____

MESTRADO

Tipo: _____ IES: _____

Duração: _____ anos Ano de conclusão: _____

Tipo: _____ IES: _____

Duração: _____ anos Ano de conclusão: _____

DOCTORADO

Tipo: _____ IES: _____

Duração: _____ anos Ano de conclusão: _____

Tipo: _____ IES: _____

Duração: _____ anos Ano de conclusão: _____