



**SINDICATO DOS FARMACÊUTICOS NO ESTADO DO  
AMAZONAS**  
CNPJ: 04.627.493/0001-45 - COD. SINDICAL -912.000.183.87676-6  
CEP 69010-110 Rua Monsenhor Coutinho 862, Sala 6 – Centro- Fone 3086-1870  
www.sinfaram.org.br– Manaus/AM - Presidente: cecilia.motta@globo.com



**FICHA DE FILIAÇÃO Nº \_\_\_\_\_**

FOTO 3 X 4

NOME							
NACIONALIDADE		DATA NASCIMENTO					
CIDADE QUE NASCEU			ESTADO:				
R.G. Nº		ESTADO CIVIL					
CPF Nº	CPTS Nº		SÉRIE Nº				
RUA		Nº					
BAIRRO	COMPLEMENTO						
CIDADE		CEP					
E-MAIL							
TEL RES:		CELULAR					
GRADUAÇÃO		ANO	FACULDADE				
PÓS-GRAD.		ANO	FACULDADE				
<b>LOCAL (IS) DE TRABALHO</b>							
1	EMPRESA/ÓRGÃO	FUNÇÃO					
	FORMA DE VÍNCULO	ADMISSÃO					
	TELEFONE	E-MAIL					
2	EMPRESA/ÓRGÃO	FUNÇÃO					
	FORMA DE VÍNCULO	ADMISSÃO					
	TELEFONE	E-MAIL					
<b>AUTORIZAÇÃO</b>							
Na qualidade de afiliado e sócio contribuinte do Sindicato dos Farmacêuticos no Estado do Amazonas e de acordo com os Artigos 545, 578 e 579 da CLT, autorizo o meu empregador a descontar em folha de pagamento a contribuição assistencial contribuições devidas ao Sindicato conforme valor deliberado em Assembleia geral, bem como autorizo prévia e expressamente o desconto da contribuição sindical.							
Manaus,		de		de			
Assinatura do Associado							

**Apresentar cópia dos seguintes documentos:** 1- Carteira de identidade; 2- CPF;  
3- Carteira de trabalho (CTPS); 4- Comprovante de Residência.