|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo:\* | Endereço:\* |
| Complemento: | Bairro:\* |
| Cidade:\* | CEP:\* |
| UF:\* | Naturalidade: |
| UF Naturalidade:\* | Telefone:\* |
| Celular:\* | E-mail:\* |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome da empresa/Razão Social\*: | CNPJ Empresa: |
| Número carteira profissional: | Série carteira profissional: |
| Emissão carteira profissional: | UF carteira profissional: |
| Matrícula empresa: | Local de trabalho: |
| Seção de trabalho: | Turno de trabalho: |
| Função no trabalho\*: | Telefone da empresa: |
| Data da categoria: | Data de nascimento\*: |
| Data de emissão\*: | Orgão expedidor/UF\*: |
| Número do PIS: | Sexo: |

|  |  |
| --- | --- |
| Número da CNH: | Categoria da CNH: |
| Nome da mãe: | Nome do pai: |
| Estado Civil: | Observações: |

DEPENDENTES (SE HOUVER):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome: | Parentesco: | Data de Nasc.: |

Ao associar-se você contribuirá mensalmente no valor de 1,5% do piso atual da categoria e poderá utilizar de todos os benefícios de um associado. OBS: Caso não preencha TODOS os campos corretamente, não será possível fazer o cadastro de sócio e a carteirinha.

**Enviar este documento para** [**informacoes@sindicomerciarios-sa.com.br**](mailto:informacoes@sindicomerciarios-sa.com.br) **juntamente com uma foto sua.**