



ORGANIZADOR DA



Sindicato dos Servidores da Câmara Municipal e do Tribunal de Contas do Município de São Paulo

**FICHA CADASTRAL PARA FILIAÇÃO**

POR FAVOR, PREENCHER TODOS OS DADOS

NOME:
-------

REGISTRO FUNCIONAL:	SEXO: ( ) F ( ) M
---------------------	-------------------

CATEGORIA: ( ) EFETIVO ( ) CELETISTA ( ) CARGO EM COMISSÃO ( ) COMISSIONADO ( ) APOSENTADO
---

INSTITUIÇÃO: ( ) CMSP ( ) TCM
----------------------------------

ENDEREÇO:
-----------

BAIRRO:	CIDADE:	UF:
---------	---------	-----

CEP:	ESTADO CIVIL:
------	---------------

DATA DE NASCIMENTO:	GRAU DE INST.:
---------------------	----------------

RG:	CPF:
-----	------

TELEFONE COMERCIAL:	TELEFONE RESIDENCIAL:
---------------------	-----------------------

TELEFONE CELULAR:	E-MAIL:
-------------------	---------

CONTA PARA DÉBITO:	BANCO:	AGÊNCIA:	CONTA:
--------------------	--------	----------	--------

DATA DA PROPOSTA:	ASSINATURA SÓCIO:
-------------------	-------------------

CIÊNCIA DO PRESIDENTE:	ACEITO EM:
------------------------	------------

CADASTRADO EM:	POR:
----------------	------