

SÓCIO
Nº

FICHA DE ASSOCIAÇÃO

Comerciário ()

Associativa ()

*DADOS PESSOAIS:

Nome completo:											
Endereço residencial:											
Nº:		Cidade:		CEP:		UF:					
Bairro:											
Estado Civil:	() Solteiro(a)	() Casado(a)	() Divorciado(a)	() Viúvo(a)	() Outros						
Sexo:	() Masculino	() Feminino	Data de nasc:	__/__/____	Natural:						
Tel. Residencial:		Tel. Recado:		Celular:							
E-mail											
Nome da Mãe:											
Nome do Pai:											
Nº Carteira Trabalho (C.T.P.S):		Série:		PIS:							
RG:		CPF:									

*DADOS PROFISSIONAIS:

Empresa:												CNPJ:		
Razão Social:														
Endereço:														
Nº:		Cidade:		UF:		Telefone:								
Bairro:														
Data admissão:	__/__/____	Função:												
Escritório Contábil:												Telefone:		

Autorizo o desconto em folha de pagamento, de acordo com disposto no artigo 545 da CLT.

Avaré, ____ de _____ de 20__

SINCOMERCIÁRIOS

Assinatura

(*) Preenchimentos obrigatórios.