



SINDICATO DOS PRÁTICOS DE FARMÁCIA E DOS EMPREGADOS NO COMÉRCIO DE DROGAS,  
MEDICAMENTOS E PRODUTOS FARMACÊUTICOS DE SÃO PAULO

Entidade Sindical de 1º grau reconhecida pelo MTIC em 25 de julho de 1951

www.sinprafarmasp.org.br

## FICHA DE SINDICALIZAÇÃO

MATRÍCULA Nº.:

|  |                                     |                                  |       |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|-------|
| NOME:  |                                     | Masc                             | Femin |
| NOME DA MÃE:   |                                     | NOME DO PAI:                     |       |
| NACIONALIDADE:   | NATURALIDADE:                       | ESTADO:                          |       |
| DATA DE NASCIMENTO:  | ESTADO CIVIL:                       | CTPS Nº / SÉRIE                  |       |
| CPF:   | RG:                                 | PIS:                             |       |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL:  |                                     | Nº / COMPLEMENTO:                |       |
| BAIRRO:  | CIDADE:                             | CEP:                             |       |
| TELEFONE RESIDENCIAL:  | TELEFONE CELULAR:                   | EMAIL:                           |       |
| <b>DADOS DA EMPRESA:</b>   |                                     |                                  |       |
| EMPRESA:   |                                     | CNPJ:                            |       |
| ENDEREÇO:  |                                     | Nº / COMPLEMENTO:                |       |
| BAIRRO:  | CIDADE:                             | CEP:                             |       |
| TELEFONE:  | DATA DE ADMISSÃO:                   | CARGO / FUNÇÃO:                  |       |
| <b>DEPENDENTES:</b>  |                                     |                                  |       |
| NOME   | DATA DE NASCIMENTO                  | PARENTESCO                       |       |
| _____  | _____                               | _____                            |       |
| _____  | _____                               | _____                            |       |
| _____  | _____                               | _____                            |       |
| <b>São seus dependentes:</b>   |                                     |                                  |       |
| 1. Esposa (o).   |                                     |                                  |       |
| 2. Os filhos até 18 anos.  |                                     |                                  |       |
| 3. Companheira (o) desde que não trabalhe e esteja anotado em CTPS como beneficiária pelo INSS ou desde que possuam filhos em comum ou conste como dependente da declaração de Imposto de Renda. |                                     |                                  |       |
| 4. Pai e Mãe, somente se designados em CTPS como beneficiários pelo INSS ou conste como dependentes na declaração de Imposto de Renda.   |                                     |                                  |       |
| ENVIAR CARTEIRINHA PARA  | <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA | <input type="checkbox"/> EMPRESA |       |

**FAVOR PREENCHER COM LETRA LEGÍVEL OU FORMA**

**DATA:**

/ /

**João Carlos Bascegás**  
Presidente

VIDE VERSO



SINDICATO DOS PRÁTICOS DE FARMÁCIA E DOS EMPREGADOS NO COMÉRCIO DE DROGAS,  
MEDICAMENTOS E PRODUTOS FARMACÊUTICOS DE SÃO PAULO

Entidade Sindical de 1º grau reconhecida pelo MTIC em 25 de julho de 1951

[www.sinprafarmasp.org.br](http://www.sinprafarmasp.org.br)

## O SINDICATO TEM O QUE VOCÊ PRECISA

**Conheça e aproveite  
os benefícios**

*Assistência Jurídica  
Colônias de Férias  
Médicos  
Odontologia  
Clínicas  
Laboratórios  
Cinemas  
Parques  
Teatros  
Escolas  
Universidades  
Kit Baby e  
muito mais*

**O Sinprafarma-SP mantém  
em sua sede social:**

*Um consultório ginecológico, e  
convênios com laboratórios com  
mais de cinquenta exames  
gratuitos.*

*Três consultórios Odontológicos,  
sendo: Dois na sede social e um em  
Guarulhos.*

*Mantemos convênios com vários  
seguimentos com ótimos descontos  
para os associados.*

**Ao associar-se retire na sede  
social um cheque teatro  
gratuito:**

**SÃO PAULO**  
Rua Abolição, 379 – Bela Vista  
CEP: 01319-010  
Fone/Fax: 11 – 3111-9029  
[www.sinprafarmasp.org.br](http://www.sinprafarmasp.org.br)

**Subsede GUARULHOS**  
Rua XV de Novembro, 85 – Conj.  
61/62 - 6º andar – Centro.  
CEP: 07011-030  
Fone: 11 – 2468-0018  
[guarulhos@sinprafarmasp.org.br](mailto:guarulhos@sinprafarmasp.org.br)

---

**SINDICALIZE-SE NO SINPRAFARMA-SP**

Eu \_\_\_\_\_,  
abaixo assinado, com fundamento nas leis vigentes e nos estatutos sociais, vem mui respeitosamente solicitar inclusão  
de meu nome no quadro de associados desta Entidade, instruindo a proposta com os elementos exigidos.

Neste ato, autoriza expressamente o desconto em folha de pagamento das mensalidades sociais, contribuição  
assistencial e da contribuição sindical, conforme determina os artigos 545.578.579.582.583 e 602 da CLT.

Contribuição Assistencial - percentual de 1% (um por cento) ao mês.

Contribuição Sindical – Valor equivalente a 1 (um) dia de trabalho, desconto esse realizado no mês de março ou  
quando da ocasião da data admissional, caso não tenha sido praticado o desconto em período anterior, no mesmo ano,  
contribuição esse que será devolvido no mês de outubro intitulado de gratificação em homenagem ao dia dos  
comerciários, conforme convenção coletiva de trabalho da categoria.

Declaro ainda, ter sido informado (a) de que no mês em que incidir o desconto da Contribuição Sindical, não será  
aplicado o desconto da Contribuição Assistencial, bem como declaro ter tomado conhecimento dos direitos adquiridos  
no usufruto de convênios e parcerias com Entidades Educacionais, de Lazer e Colônia de Férias, Serviços  
Odontológicos, Médicos e Atendimento Jurídico, prestados pelo Sindicato dos Práticos de Farmácia e dos Empregados  
no Comércio de Drogas, Medicamentos e Produtos Farmacêuticos de São Paulo (SINPRAFARMA - SP), decorrentes de  
minha filiação.

São Paulo, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ .

---

Assinatura

**ATENÇÃO:**

**Preencher dados cadastrais no verso da ficha;**

**Documentos Necessários – Xerox do CPF, RG, (CTPS – Páginas: Contrato c/a empresa + Pág. Foto, numero e série) PIS,  
COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, 2 ÚLTIMOS HOLERITES, SE CASADO (A), CERTIDÃO DE CASAMENTO E DOS FILHOS  
MENORES.**