



SINDCON-CE

Sindicato dos Empregados em Administradoras de
Consórcios, Vendedores de Consórcio, Empregados
e Vendedores em Concessionárias de Veículos,
Distribuidoras de Veículos e Congeneres do Estado do Ceará

PROPOSTA PARA ASSOCIAÇÃO

NOME:	
MATRICULA:	EMAIL:
ENDEREÇO:	
TELEFONE:	CELULAR:
CIDADE:	ESTADO:
DATA DE NASCIMENTO:	
IDENTIDADE:	EMISSOR:
CPF:	
FILIAÇÃO:	
ESTADO CIVIL:	
EMPRESA:	
ENDEREÇO:	
TELEFONE:	FAX:
CIDADE:	ESTADO:
FUNÇÃO:	SETOR:
ADMISSÃO:	

ASSOCIADO: _____

Dependentes	D.Nascto	Parentesco

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a _____
a descontar \$ 10,00 (dez reais), referente a mensalidade do SINDCON-CE.

Fortaleza, _____ de _____ de 20____

NOME: _____
CTPS: _____ SERIE: _____ MAT. _____ FUNÇÃO: _____

Assinatura do funcionário: _____