



**SINDICATO DOS TRABALHADORES EM ESTABELECIMENTOS  
DE SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA ESTADUAL E PRIVADO DA GRANDE  
FLORIANÓPOLIS**

FUNDADO EM 26 DE SETEMBRO DE 1951 - CNPJ: 83.932.020/0001-28  
Rua Frei Evaristo, nº 77 - CEP 88015-410 - Florianópolis-SC

**PROPOSTA DE ADMISSÃO AO QUADRO SOCIAL**

Nome: \_\_\_\_\_ Matrícula Sindical nº: \_\_\_\_\_  
Gênero: \_\_\_\_\_  
Filiação: \_\_\_\_\_  
Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Natural de: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_\_ Whatsapp: ( ) Sim - ( ) Não E-mail: \_\_\_\_\_  
Redes Sociais: \_\_\_\_\_ Formação: ( ) Fundamental ( ) Médio ( ) Superior ( ) Pós  
Empresa 1: \_\_\_\_\_ Admissão: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
Função: \_\_\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_  
Empresa 2: \_\_\_\_\_ Admissão: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
Função: \_\_\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_  
Identidade: \_\_\_\_\_ Carteira de Trabalho: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ Matrícula Funcional: \_\_\_\_\_

**AUTORIZAÇÃO**

A coleta, tratamento e armazenamento de dados pessoais do sindicalizado será feita com finalidade específica de cadastro, tendo para tanto propósitos legítimos, específicos e explícitos. Ao assinar o sócio concorda e dá seu consentimento expresso para que se proceda ao tratamento dos dados acima fornecidos.

Por intermédio desta, fica autorizado o meu EMPREGADOR, a descontar mensalmente de meu salário a partir do mês de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, a importância de 1% ( um por cento ) da remuneração em favor do Sindicato dos Trabalhadores em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de Florianópolis, referente a minha contribuição mensal como associado, conforme Estatuto Social da Entidade.

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  EFETIVO  ACT  INATIVO  CLT

\_\_\_\_\_  
Assinatura do trabalhador

\_\_\_\_\_  
Presidente

**Autorização de desconto em folha de pagamento - A partir de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.**

Nome da Entidade Sindicato Trab.Estab.Serviços de Saúde de Florianopolis		Código do Desconto
Nome do Trabalhador		CPF do Trabalhador
Matrícula e Cargo	Data de Nascimento	Sexo
Descrição do Empregador		Código do Órgão

Pelo presente autorizo o Setorial de Recursos Humanos que estou lotado, descontar a contribuição mensal de 1% (um por cento) da remuneração para a entidade acima indicada. Declaro que a presente assinatura não invalida eventuais descontos já consignados em folha de pagamento.

A coleta, tratamento e armazenamento de dados pessoais do sindicalizado será feita com finalidade específica de cadastro, tendo para tanto propósitos legítimos, específicos e explícitos. Ao assinar o sócio concorda e dá seu consentimento expresso para que se proceda ao tratamento dos dados acima fornecidos.

Local Florianópolis/SC	Data / /	Assinatura do Trabalhador
---------------------------	-------------	---------------------------