



SINDICATO DOS MÉDICOS  
DO ESTADO ACRE

## SINDICATO DOS MÉDICOS DO ESTADO DO ACRE

Fundado em 03 de agosto de 1989 CNPJ 34.709.048/0001-95

### FICHA DE INSCRIÇÃO/ ATUALIZAÇÃO.

NOME: .....

ESPECIALIDADE:..... ESTADO CÍVIL:.....

RG: ..... CPF: ..... CRM N°: .....

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

NACIONALIDADE: .....

NATURALIDADE:.....

LOTADO: .....

ENDEREÇO RESIDENCIAL .....

.....CEP: .....

TEL. COMERCIAL: ..... TEL.RESID:.....

CEL ..... WHATSAPP:.....

ENDEREÇO COMERCIAL: .....

.....CEP: .....

E-MAIL:.....

NOME DA ESPOSA (O): .....

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

NOME DOS FILHOS E DATAS DE NASCIMENTO:

..... DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

..... DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

..... DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

OUTRAS INFORMAÇÕES:.....

Time do coração.....

Rio Branco, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Assinatura



SINDICATO DOS MÉDICOS  
DO ESTADO ACRE

## SINDICATO DOS MÉDICOS DO ESTADO DO ACRE

Fundado em 03 de agosto de 1989 CNPJ 34.709.048/0001-95

### A U T O R I Z A Ç Ã O

Eu, \_\_\_\_\_

Autorizo a \_\_\_\_\_

Matrícula nº \_\_\_\_\_ Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Carga Horária: \_\_\_\_\_/horas. Lotação: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

a descontar 1% (um por cento) de meu vencimento-base, a partir do mês \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, para o SINDICATO DOS MÉDICOS DO ESTADO DO ACRE, referente ao pagamento da minha contribuição social como membro filiado daquela entidade.

Rio Branco-AC, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura