



*Sindicato dos Empregados de Agentes Autônomos do Comércio e em Empresas
de Assessoramento, Perícias, Informações e Pesquisas e de Empresas
de Serviços Contábeis no Estado de São Paulo*

Praça da Liberdade, 130 - 7º Andar - São Paulo/SP - CEP. 01502-900
Tel. (11) 3116-0111 - Fax (11) 3105-7279 - www.eaa.org.br - sindicato@eaa.org.br

CATEGORIAS PROFISSIONAIS REPRESENTADAS

Empregados em empresas de assessoramento, perícias, informações e pesquisas, contabilidade, administradores de consórcios, comissários e consignatários, arrendamento mercantil (leasing), factoring, representantes comerciais, corretores de imóveis, advocacia, comissários de despachos e empresas locadoras de veículos automotores.

		PROPOSTA DE SÓCIO Nº <small>(Para uso exclusivo do Sindicato)</small>		
Nome completo.....				
Nacionalidade.....	Data de nascimento			
Idade.....	Naturalidade: Cidade.....	Estado.....		
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Estado civil.....			
RG..... <small>(campo obrigatório)</small>	Data de expedição..... <small>(campo obrigatório)</small>	CPF..... <small>(campo obrigatório)</small>		
Nome do pai.....		Nome da mãe.....		
CEP.....	Endereço.....		nº.....	
Complemento.....	Bairro.....	Cidade.....	Estado.....	
Tel. residencial (.....).....		Celular.....	E-mail.....	
DADOS PROFISSIONAIS				
Nº de controle <small>(Para uso exclusivo do Sindicato)</small>		Nome da empresa.....		
		Ramo de atividade.....		
Endereço.....		nº.....	Complemento.....	
CEP.....		Telefone.....		
Carteira de trabalho: Nº / Série / Est. Emissor.....		Data de expedição..... / /		
Admissão na empresa..... / /		Departamento.....		
Função.....		Local de trabalho: <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Externo		
DADOS SINDICAIS				
Data de admissão na categoria <small>(Para uso exclusivo do Sindicato)</small>		Data da associação <small>(Para uso exclusivo do Sindicato)</small>		
/ /		/ /		
Endereço para correspondência: <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Empresa				
DEPENDENTES				
Dependência	Nome	RG <small>(campo obrigatório)</small>	Data nascimento	Idade
..... / /
..... / /
..... / /
..... / /
Para uso exclusivo do Sindicato	,.....de.....de.....		
Proposta recebida por :.....		Assinatura:.....		
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES				
.....				
.....				
- Preencher esta proposta a máquina ou em letra de forma		- Titular - Cópia simples RG, CPF e Foto 3x4 (escrever o nome no verso)		
- Apresentar a carteira de trabalho devidamente atualizada		- Dependentes - Somente cópia simples do RG		