



**SINDICATO DOS AGENTES OPERACIONAIS DE POLÍCIA
CIVIL DO ESTADO DA PARAÍBA – SINDAOPCPB**
CNPJ: 34.190.786/0001-79



PROPOSTA DE SÓCIO

MATRICULA Nº _____, Nº DO ASSOCIADO: _____

CARGO: _____

NOME: _____

FILIAÇÃO - PAI: _____

FILIAÇÃO - MÃE: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

CEP: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

RG: _____ CPF: _____

EMAIL: _____

CELULAR: _____ RESIDENCIAL: _____

Autorizo desconto em folha da contribuição associativa mensal em favor do Sindicato dos Agentes Operacionais de Polícia Civil do Estado da Paraíba – SINDAOPCPB, conforme preceitua as normas do Estatuto Social vigente.

JOÃO PESSOA/PB; _____ de _____ de _____.

**Assinatura do Associado
do SINDAOPCPB**

**Assinatura da Presidente
do SINDAOPCPB**

Responsável pelo preenchimento

DOCUMENTAÇÃO ANEXA

- RG
- CPF
- COMPROVANTE DE ENDEREÇO
- CONTRA CHEQUE

Endereço: Av. General Osorio 90, sala 04, centro, João Pessoa – PB, CEP: 58.010-780

Tel. 83.99969.7243 - Email: secretaria@sindaopcpb.org.br