

SINDICATO DOS ADVOGADOS DO ESTADO DO PARANÁ - SINAP

Rua Riachuelo, 102, sala 114, Centro, Curitiba – PR – 80.020-250 – (41) 3078-7689 / 99658-6981 (Whatsapp)

FICHA DE FILIAÇÃO E/OU ATUALIZAÇÃO DE DADOS DE ASSOCIADOS

Nº Associado:..... Data de Filiação:/...../.....

Nome:

R.G.: C.P.F.: Sexo:

Registro OAB: Data de Nascimento:/...../.....

Naturalidade: Nacionalidade:

Estado Civil: Cônjuge:

End. Res.: Complemento:

Bairro: CEP: Cidade: Estado:

Telefone: () Celular: ()

E-mail:

DADOS PROFISSIONAIS

Escritório/Empresa: Especialização:

End. Com.: Bairro:

Cidade: CEP: Estado:

Telefone: () Ramal: E-mail:

FORMAS DE PAGAMENTO DA FILIAÇÃO

- () ANUAL – parcela única (R\$ 300,00 anual) *Boleto será emitido e enviado para o endereço de e-mail cadastrado.*
- () SEMESTRAL – 2 parcelas (R\$ 150,00) *Boleto será emitido e enviado para o endereço de e-mail cadastrado.*
- () MENSAL (R\$ 30,00) *Desconto em folha de pagamento*

De conformidade com o previsto no (artigos 7º, XXVI, e 8º I, [da Constituição da República](#), artigo 545 CLT, **AUTORIZO** a(o) _____, a descontar mensalmente do meu salário ou honorário, a partir do mês do recebimento desta, o valor da opção mensal (R\$ 30,00), a título de mensalidade do Sinap, devendo ser recolhido até o dia 10 (dez) do mês subsequente ao desconto, em favor do Sindicato dos Advogados do Estado do Paraná - SINAP, através de depósito na **conta corrente 52-6 - agência 3158 - operação 003 – Caixa Econômica Federal – CNPJ 81.172.900/0001-18.**

DEPENDENTES (incluir cônjuge)

Nome Dependentes	Data de Nasc.	Parentesco	RG	CPF

Pelo presente declaro conhecer meus direitos e obrigações previstas no Estatuto do Sindicato dos Advogados do Estado do Paraná, e **responsabilizo com o pagamento da mensalidade associativa, mensal, semestral ou anual, e o valor este, que poderá ser corrigido em Assembleia Geral.**

Local e Data: _____

ASSINATURA: _____

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS: CÓPIA DA CARTEIRA DA OAB E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
E ENVIAR PARA sinap@sinappr.org.br