



SINTESAÚDE

SINDICATO INTERMUNICIPAL DOS TRABALHADORES EM
ESTABELECIMENTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
DE MATO GROSSO DO SUL

FICHA DE FILIAÇÃO SINDICAL Nº _____ DATA ASSOCIAÇÃO ____/____/____

DADOS PESSOAIS:

NOME: _____

DATA NASCIMENTO ____/____/____ SEXO _____ ESTADO CIVIL _____

CPF Nº. _____ RG Nº. _____ SSP/ _____

TEL CELULAR _____ E-MAIL _____

DADOS PROFISSIONAIS:

EMPRESA EMPREGADORA _____

ENDEREÇO: _____ Nº _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ TEL: _____ ADMISSÃO ____/____/____

FUNÇÃO: _____ MATRICULA NA EMPRESA Nº _____

DEPENDENTES	DATA NASC	PARENTESCO
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	_____

São considerados dependentes aqueles previstos no artigo 19 do decreto 2.172 de 05/03/1997 (Regulamento dos benefícios da Previdência Social)

Assinatura do Associado

Assinatura Presidente Sindicato

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO

Eu _____
autorizo a Empresa _____, descontar mensalmente de meu salário, a importância de R\$ 25.00 (vinte e cinco reais), referente a Contribuição Associativa, em favor do SINDICATO INTERMUNICIPAL DOS TRABALHADORES EM ESTABELECIMENTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE MS, Artigo 545 da CLT, assim como as demais contribuições autorizadas mediante deliberação da Assembléia Geral convocada pelo Sindicato.

Assinatura do Associado

Assinatura Presidente Sindicato

Campo Grande – MS, ____ de _____ de _____.