

RESPONSÁVEL PELA FILIAÇÃO



Filiação/Recadastramento

CANHOTO

MATRÍCULA FUNCIONAL

NOME COMPLETO



Filiação/Recadastramento

MATRÍCULA FUNCIONAL

CPF

RG

ÓRGÃO EXPEDIDOR

NOME COMPLETO

GÊNERO

MASC

DATA DE NASCIMENTO

FEM

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

CIDADE

ESTADO

CEP

TELEFONE

CELULAR/WHATSAPP

E-MAIL

DADOS BANCÁRIOS

BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

REGIONAL:

LOCAL/SETOR:

FUNÇÃO/CARGO:

DATA DE ADMISSÃO:

REDE PARTICULAR

Autorizo o desconto mensal de R\$ 35,00 (trinta e cinco reais) sobre minha remuneração bruta fixa ou alternativamente em minha conta bancária, em favor do SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE BRASÍLIA-DF. CNPJ: 00.579.664/0001-57. Carta Sindical L084 P088 A1979 (SEI/9594296). Conforme deliberação específica e individual das Assembleias Gerais Extraordinárias, realizadas em 05/12/2016 e 24/08/2021. O presente requerimento não terá qualquer efeito quanto aos demais associados e seus descontos. Abrangência: 1. Assistência Jurídica para uma ação judicial. (custos processuais por conta do filiado).

Autorizo o uso dos meus dados pessoais e dados sensíveis, de acordo com os artigos 7º, 11 e demais disposições da Lei nº 13.709/2018.

*As ações que resultem em proveito financeiro, será retido o percentual de 10% a título de honorários advocatícios.

Brasília _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do Sindicalizado

Diretora Presidente do SINDSAÚDE-DF

RESPONSÁVEL: _____