



FICHA DE FILIAÇÃO

Sindicato dos Trabalhadores de Divinópolis e Região Centro-Oeste de MG

Autorizo a Prefeitura _____, a efetuar o desconto em folha para efeito de mensalidade Sindical, à favor do SINTRAM

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ CEP: _____

CELULAR: _____ TEL. RESIDENCIAL: _____

ESTADO CIVIL: _____ IDENTIDADE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ CPF: _____

NOME DO PAI: _____ NOME DA MÃE: _____

CÓDIGO DO C.P.D.: _____

SETOR: _____ CARGO: _____

TEL. TRABALHO: _____ RAMAL: _____ MAT. DA PREFEITURA: _____

ADMISSÃO NA PREF.: ____/____/____ DATA DA FILIAÇÃO NO SINDICATO: ____/____/____

Pelo presente,

AUTORIZO O SINDICATO DOS TRABALHADORES MUNICIPAIS DE DIVINÓPOLIS E REGIÃO CENTRO-OESTE DO ESTADO DE MINAS GERAIS - SINTRAM, pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ sob o nº 20931218/0001-77 e registrado no Mtb, sob nº 24000-003774/90-97, com sede na Av. Getúlio Vargas, nº 21 - centro - CEP 35500-024, Divinópolis/MG a enviar mensalmente os valores para desconto diretamente em meus vencimentos, benefícios e proventos das despesas decorrentes de mensalidade e uso do plano de saúde ou, e, de utilização dos convênios oferecidos pelo SINTRAM. Caso, por qualquer motivo não tenha saldo para cobrir os valores a serem descontados, fica o SINTRAM AUTORIZADO A EMITIR BOLETAS BANCÁRIAS e enviar ao meu endereço constante de registro sindical para recebimento dos valores. ESTOU ciente que, em caso de atraso do pagamento da BOLETA, incidirá multa, correções e taxas, além do envio ao Cartório de PROTESTO e suas consequências.

ASSINATURA DO FILIADO (Legível)

VIA DO SINDICATO



FICHA DE FILIAÇÃO

Sindicato dos Trabalhadores de Divinópolis e Região Centro-Oeste de MG

Autorizo a Prefeitura _____, a efetuar o desconto em folha para efeito de mensalidade Sindical, à favor do SINTRAM

NOME: _____

MATRÍCULA: _____ ADMISSÃO NA PREF.: ____/____/____

DATA DA FILIAÇÃO NO SINDICATO: ____/____/____

ASSINATURA DO FILIADO (Legível)

VIA DA PREFEITURA