



SINASCE-PA  
SINDICATO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E AGENTES  
DE COMBATE AS ENDEMIAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARÁ  
CNPJ: 32.600.586/0001-11

**FICHA DE FILIAÇÃO**

NOME: \_\_\_\_\_

sexo: Masc. ( ) | Fem. ( )

Matrícula: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ : | RG: \_\_\_\_\_ | CPF: \_\_\_\_\_

Lotação: \_\_\_\_\_ | UF: \_\_\_ | Data de Admissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Formação :Ensino Fundamental ( ) Ensino Médio ( ) Superior ( )

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade/UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefones:( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

E-mail pessoal: \_\_\_\_\_

**AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO DE MENSALIDADE SINDICAL E CONTRIBUIÇÃO SINDICAL**

Autorizo meu empregador a descontar do meu salário, **mensalmente, 2% (dois por cento)**, referente à minha **mensalidade associativa**, devendo tal valor ser repassado ao Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate as Endemias dos Municípios do Estado do Para, inscrito no **CNPJ: 32.600.586.0001-11**, com sede a Rua São Sebastião, 218, bairro Centro – Santa Barbara - PA. Autorizo ainda que seja efetuado o desconto em meu salário, a título de **contribuição sindical**, no valor de 01 (um) dia de trabalho por ano, no mês de março de cada ano, a ser revertido em favor do SINASCE-PA (art. 582, da CLT).

Declaro para todos os fins de direito que todas as informações aqui prestadas são a expressão da verdade.

....., ..... de ..... de 20....

\_\_\_\_\_  
ASSOCIADO/AUTORIZADOR



SINASCE-PA  
SINDICATO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E AGENTES  
DE COMBATE AS ENDEMIAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARÁ  
CNPJ: 32.600.586/0001-11

**FICHA DE FILIAÇÃO**

NOME: \_\_\_\_\_

sexo: Masc. ( ) | Fem. ( )

Matrícula: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ : | RG: \_\_\_\_\_ | CPF: \_\_\_\_\_

Lotação: \_\_\_\_\_ | UF: \_\_\_ | Data de Admissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Formação :Ensino Fundamental ( ) Ensino Médio ( ) Superior ( )

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade/UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefones:( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

E-mail pessoal: \_\_\_\_\_

**AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO DE MENSALIDADE SINDICAL E CONTRIBUIÇÃO SINDICAL**

Autorizo meu empregador a descontar do meu salário, **mensalmente, 2% (dois por cento)**, referente à minha **mensalidade associativa**, devendo tal valor ser repassado ao Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate as Endemias dos Municípios do Estado do Para, inscrito no **CNPJ: 32.600.586.0001-11**, com sede a Rua São Sebastião, 218, bairro Centro – Santa Barbara - PA. Autorizo ainda que seja efetuado o desconto em meu salário, a título de **contribuição sindical**, no valor de 01 (um) dia de trabalho por ano, no mês de março de cada ano, a ser revertido em favor do SINASCE-PA (art. 582, da CLT).

Declaro para todos os fins de direito que todas as informações aqui prestadas são a expressão da verdade.

....., ..... de ..... de 20....

\_\_\_\_\_  
ASSOCIADO/AUTORIZADOR