



SIEMS - SINDICATO DOS TRABALHADORES NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE MATO GROSSO DO SUL

Rua Laguna, 70, Bairro Cabreuva, Campo Grande-MS, CEP: 79008-430
Telefone: 0xx67 3028-7499 - <http://www.siems.org.br> - email: siems@siems.org.br

FICHA DE FILIAÇÃO

Nº _____ Nome: _____ Sexo: _____
uso do SIEMS
Data Nascimento: _____ Natural de: _____ UF: _____
Estado Civil: _____ Nacionalidade: _____ Escolaridade: _____
CPF: _____ RG: _____ Órgão Emissor: _____ Data Expedição: _____
Pai: _____
Mãe: _____
Endereço: _____ Número: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____
Cep: _____ Moradia: _____ Telefone: _____ Celular: _____
Própria/Alugada
E-Mail: _____ Data Admissão: _____
Empresa: _____ Matrícula Funcional: _____ Cargo: _____
Setor: _____ Período: _____ Cidade: _____

DEPENDENTE(S)

Nome do Dependente	Data Nascimento	Parentesco	Sexo

***Autorizo a Descontar mensalmente em meus vencimentos atualizados, a importância aprovada de 2% (dois por cento) do meu salário base em favor do Sindicato dos Trabalhadores na Área de Enfermagem de Estado de Mato Grosso do Sul - SIEMS, à título de Contribuição Confederativa, conforme art.8º, inciso 4º da constituição Federal e Estatuto da Categoria.**

***Autorizo o Desconto da Contribuição Assistencial, no mês do reajuste no equivalente a 1/30 avos do salário reajustado de acordo com o Estatuto da categoria, como forma de assistência ao sindicato.**

*** Autorizo o Desconto da Contribuição Sindical, no equivalente a 1/30avos da remuneração nos termos da lei 13.467/2017e suas alterações.**

***Autorizo o Desconto em meu salário através da folha de pagamento, no valor correspondente a utilização de compras nos estabelecimentos credenciados junto ao SIEMS/ administradoras de cartões. Em caso de RESCISÃO CONTRATUAL autorizo o desconto no valor total dos Débitos utilizados nos Convênios, incluindo os parcelamentos.**

Local: _____ dia _____ de _____ 20 _____

Assinatura do Associado

O Sindicato