



# 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](mailto:siems@siems.org.br)

## FICHA DE FILIAÇÃO

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

## 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 do Estado de Mato Grosso do Sul - SIEMS, à título de Contribuição Confederativa, conforme art. 8º, Inciso 4º da Constituição Federal e do Estatuto da Categoria.

Local / Data

\_\_\_\_\_

Assinatura do Associado

O Sindicato



# 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](mailto:siems@siems.org.br)

## AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO E RESCISÃO CONTRATUAL

Nº DO CARTÃO: \_\_\_\_\_

Pelo presente instrumento, eu \_\_\_\_\_ MATRÍCULA \_\_\_\_\_

Residente e domiciliado no endereço \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cep: \_\_\_\_\_

funcionário(a) \_\_\_\_\_ autorizo o sindicato dos trabalhadores na área de enfermagem de Mato Grosso do Sul( SIEMS ) CNPJ. 73.502.197/0001-30 a efetuar o desconto em meu salário através da folha de pagamento, no valor correspondente a utilização de compras nos estabelecimentos credenciados junto a empresa conveniada ao SIEMS. Em caso de rescisão contratual fica expressamente autorizado o desconto no valor total dos débitos utilizados incluindo os parcelamentos.

Por estar ciente das condições acima firmo o presente para que produza os efeitos legais.

\_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA**