



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: _____
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 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 13.467/2017 e 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 / Data

Assinatura do Associado

O Sindicato