



**SINDICATO DOS CONDUTORES DE AMBULÂNCIA DO ESTADO DO PARANÁ
SINDICONAM - PR.**

Rua Joaquim Távora, n.o 50 - Telefone: 45 99836-7168
CNPJ N.o 36.479.982/0001-93 E-mail; ssindconampr@gmail.com

FICHA DE FILIAÇÃO

Nome:				
Nacionalidade:			Data nascimento:	
CNH N.o	Data da validade:		Tem o curso CVE	Sim
CPF N.o	Carteira de Trabalho N.o		Série N.o	
Rua:				N.o
Cidade:			Telefone:	
Local de trabalho:				
Tempo de profissão:			E-mail:	

***Apresentar cópia dos seguintes documentos:** Carteira de Identidade; CPF; Carteira de Trabalho (CTPS);
Comprovante de Residência; Contra Cheque.

AUTORIZAÇÃO

Na qualidade de afiliado e sócio contribuinte do Sindicato dos Condutores de Ambulância do Estado do Paraná - SINDICONAM - PR. - CNPJ N.o 36.479.982/0001-93, de acordo com a Lei 13.467/2017 que reformulou o Art. 582 da CLT, autorizo o meu empregador a descontar em folha de pagamento mensalmente, por tempo indeterminado, a mensalidade sindical associativa conforme o valor deliberado pela assembléia geral no percentual de 3% do meu salário base, conforme dispõe o Art. 579 da CLT.

OBS: O cancelamento da contribuição só se fará através da solicitação por escrito do associado.

Cidade: _____

Data, ____/____/____

Assinatura do Associado