

**SINDSAD/GO**

Sindicato dos Professores, Servidores e Empregados da  
Prefeitura Municipal de Santo Antônio do Descoberto/GO  
**CNPJ N° 01.519.208/0001-84**  
**CARTA SINDICAL N° 013.382.206027-0**

**FICHA DE FILIAÇÃO**

FOTO 3X4	Nome do Filiado:		
	Estado civil:	D. Nasc:	Profissão:
	Identidade nº:	CPF nº:	
	Mãe:		
	Pai:		
	Endereço:		
	Cidade:	CEP:	
Telefones:			
e-mail:			

**DEPENDENTES**

Nome:	Idade:	G. Parentesco:

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Local de Trabalho:
Cargo:
Endereço Trabalho:

**TIPO DE CONTRATO COM MUNÍCIPIO DE SANTO ANTÔNIO DO DESCOBERTO/GO**

(  ) Concursado      (  ) Contrato Especial      (  ) Contrato Temporário

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o desconto da contribuição sindical estatutária, mensal e associativa de 2% (dois por cento) dos meus vencimentos brutos á título de mensalidade, conforme prescreve artigo 41 do Estatuto Social do SINDSAD/GO, na minha folha de pagamento ou na minha conta corrente. Autorizo ainda, o desconto do imposto sindical anual no mês de março de cada ano, equivalente a 1 (um) dia de serviço. Em caso de desfiliação, autorizo, desde já, a desistência de quaisquer ação/ações em curso, na qual estou assista (o) pelo corpo jurídico deste sindicato. Ao mesmo tempo, comprometo-me a tomar ciência das normas do Estatuto Social em vigor.

Por ser verdade, firmo, data e assino o presente.

Data de filiação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ . Data de Desfiliação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ .  
Ass. Resp: \_\_\_\_\_ Ass. Resp: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do filiado sócio contribuinte

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Presidente do SINDSAD/GO.