



Sindicato dos Trabalhadores nas Usinas de Açúcar, nas
Indústrias de Suco Concentrado, do Café Solúvel, dos
Laticínios e da Alimentação de Catanduva e Região.

SINAL

CNPJ: 56.365.612/0001-32
Rua Alagoas, 123 – Centro – Catanduva-SP – CEP: 15800-090
Fone: 17 – 3531-0400 – Fax: 17 – 3531-0403
e-mail: sinalcatanduva@uol.com.br
Home Page: www.sinalcatanduva.org.br



FICHA DE EMPREGADO SINDICALIZADO

DATA DA SINDICALIZAÇÃO: ____ / ____ / ____ **Matrícula** _____

Nome do empregado: _____
Empresa: _____
Profissão: _____ CTPS: _____ Série: _____
Naturalidade: _____ Estado: _____
Nacionalidade: _____
Data de Nascimento: _____
Filiação: Pai: _____
Mãe: _____
Residência: _____ nº _____
Bairro: _____ Cidade: _____
Cep: _____ Estado: _____ Telefone: _____
RG: _____

DEPENDENTES esposa(o) e filhos até 16 anos

Esposa(o) _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____
RG: _____
Filhos: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____
RG: _____
Filhos: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____
RG: _____
Filhos: _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____
RG: _____

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA

Eu, empregado sindicalizado, já nomeado acima, autorizo a empresa em que trabalho ou trabalhar como empregado, para os fins do art. 545 da CLT, com a redação dada pela lei 13.467/2017, a descontar em folha de pagamento as contribuições devidas ao Sindicato (confederativa, associativa, assistencial, negocial, custeio, solidariedade, retributiva, ou sob qualquer outra denominação que constar em convenção ou acordo coletivo de trabalho).

assinatura do sindicalizado

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA

Eu, empregado sindicalizado, já nomeado acima, autorizo a empresa em que trabalho ou trabalhar como empregado, para os fins do art. 545 da CLT, com a redação dada pela lei 13.467/2017, a descontar em folha de pagamento as contribuições devidas ao Sindicato (confederativa, associativa, assistencial, negocial, custeio, solidariedade, retributiva, ou sob qualquer outra denominação que constar em convenção ou acordo coletivo de trabalho).

Nome do empregado: _____
Empresa: _____ Cnpj: _____

assinatura do sindicalizado

Recebido cópia desta e ciente da autorização

BASE TERRITORIAL: CATANDUVA – ARIRANHA – BORBOREMA – CATIGUÁ – ELISIÁRIO – IBIRÁ – IRAPUÃ – ITAJOBÍ – ITÁPOLIS – MARAPOAMA – NOVAIS – NOVO HORIZONTE – PALMARES PAULISTA – PARAÍSO – PINDORAMA – SALES – SANTA ADÉLIA – TABAPUÃ – UCHOA – URUPÊS E VISTA ALEGRE DO ALTO

SUBSEDE: NOVO HORIZONTE - RUA OTAVIANO MARCONDES, 986 – CENTRO – CEP: 14.960-000 – FONE 17 – 3542-1081

SUBSEDE: ITÁPOLIS – RUA RODRIGUES ALVES, 665 (SALA 02) – CENTRO – FONE 16 – 3262-5231