

Razão Social **SIND-SAÚDE/MG****Ficha de Sindicalização****SIND-SAÚDE/MG**Filiação Recadastramento **SINDICATO ÚNICO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE DE MINAS GERAIS****TRABALHADOR(A)**

Nome: _____ Masp/Chapa/Mat.: _____

Cargo: _____ Município de exercício: _____

Órgão de exercício: _____ e-mail: _____

Endereço Residencial (Rua ou Av., Nº): _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Telefone:() _____ Cep: _____

*Pela presente venho requerer minha inscrição no quadro de associados do **SIND-SAÚDE /MG**, estando de pleno acordo com o seu Estatuto Social e, autorizo o desconto da mensalidade sindical, estipulada pelo estatuto da Entidade, o percentual de 1% (um por cento) da remuneração, em folha de pagamento, a partir desta data.***DADOS COMPLEMENTARES**

Carteira de Identidade: _____ CPF: _____ Admitido em: _____ PASEP: _____

Data de Nascimento: _____ Sexo: Fem. Masc. Estado Civil: _____

Nome do pai: _____ Nome da mãe: _____

Unidade de trabalho: _____ Escolaridade: _____

Endereço do Trabalho (Rua ou Av., Nº): _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Telefone do trabalho: () _____SES FHEMIG FUNED HEMOMINAS UNIMONTES SAMU
 PREFEITURA _____EFETIVO CONT. ADMINISTRATIVO APOSENTADO EX-BOLSISTA **DEPENDENTES ou FAMILIARES (Nome completo)**

01- Nome: _____ Data de Nascimento: _____ grau de parentesco: _____

02- Nome: _____ Data de Nascimento: _____ grau de parentesco: _____

03- Nome: _____ Data de Nascimento: _____ grau de parentesco: _____

Local _____ Data _____ Assinatura do(a) Trabalhador(a) _____

ENTIDADELocal _____ Data _____ Assinatura do Responsável/**SIND-SAÚDE** _____



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO
(Consignações Diversas)

I - IDENTIFICAÇÃO DO (A) INSTITUIDOR (A) DA PENSÃO DO IPSEMG

01 – NOME:

02 – Nº PROCESSO

03 – CPF:

II - IDENTIFICAÇÃO DO CONSIGNADO

04 – NOME

05 - MATRÍCULA:

06 - CPF:

07 – CONSIGNADO:

 Servidor Ativo / Inativo Pensionista IPSEMG / IPSM Bolsista (Lei 15.790/2005) Pessoal Contratado (Lei 18.185/2009)

08 - CONSIGNANTE:

 SEF IPSEMG IPSM CBMMG PMMG DPMG

09 – LOGRADOURO:

10 – Nº / COMPLEM.:

11 – CEP:

12 – BAIRRO / DISTRITO:

13 – MUNICÍPIO:

14 – UF:

15 – TEL. (DDD):

III - IDENTIFICAÇÃO DO CONSIGNATÁRIO

16 – SIGLA:

SIND-SAÚDE/MG

17 – CNPJ:

42.765.594/0001-71

18 – CÓD.

CREDENCTO.

SEPLAG:

075

19 – LOGRADOURO:

AV. AFONSO PENA

20 – Nº / COMPLEM.

578/17º andar

21 – CEP:

30130-001

22 – BAIRRO / DISTRITO:

CENTRO

23 – MUNICÍPIO:

BELO HORIZONTE

24 – UF:

MG

25 – TEL. (DDD):

(31)3207-4800

IV - IDENTIFICAÇÃO DA CONSIGNAÇÃO

26 – Descrição

27 - Valor Total ou
(%)28 - Qtde.
Parcelas

29 - Valor Parcela

30 - Mês / Ano
Início Desconto

SIND-SAUDE/MG

31 – Pelo presente, autorizo o Governo do Estado de Minas Gerais / Consignante, a efetuar o(s) desconto(s) acima, em minha folha de pagamento, a favor do (a) Sindicato Único dos Trabalhadores da Saúde de Minas Gerais- SIND-SAÚDE/MG.

Consignatário (Razão Social e Sigla).

32 – LOCAL:

33 – DATA:

34 – ASSINATURA DO CONSIGNADO:

V - RECONHECIMENTO DE FIRMA OU VALIDAÇÃO DOS DADOS
P/ SETOR DE RH. (Do Consignado)VI - ABONO DA ASSINATURA (Do Consignado)
Obrigatório, independente da condição do item V.35 - RESPONSÁVEL P/ SETOR DE RH (Registrar Nome Completo,
CPF e Assinatura)CLEBER CESAR
488.081.726-0036 - RESPONSÁVEL P/ CONSIGNATÁRIO (Registrar Nome
Completo, CPF e Assinatura)GILBERTO LEO FRAGOSO
052.642.256-48

37 – LOCAL

BELO HORIZONTE

38 - DATA

39 – LOCAL

BELO HORIZONTE

40 - DATA

