



SINDESPI

Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Saúde do
Estado do Piauí

FOTO 3x4

CNPJ (MF) 07.442.015/0001-59
Sede Própria Rua 19 de Novembro, 160 Centro / Norte.
Tel.: 86 – 3212-6677
sindespi @ hotmail.com

FICHA DE FILIAÇÃO / SÓCIO Nº. _____.

Nome: _____

Endereço _____

Data de Nascimento: _____ Fone: _____

Naturalidade: _____ Estado Civil _____ R. G. _____

Filiação: _____

E-mail: _____ Nível: _____

Classe: _____ Padrão (referência): _____ Cargo: _____

Local de Trabalho: _____

Endereço: _____ Município _____

PROPOSTA PARA DESCONTO EM FOLHA

(De acordo com o Art. 8. IV da Constituição Brasileira e Art. 545 da CLT)

Pelo presente instrumento autorizo descontar em folha de pagamento em favor do Sindicato dos Servidores de Saúde Pública do Estado do Piauí – SINDESPI, o valor de **1%** do piso da categoria.

Matrícula nº _____

Data de Admissão: _____

C. P. F. nº _____

A partir de _____

Assinatura do Sócio _____

Teresina, _____ de _____ de 20 _____

Presidente

Tesoureiro