



# SINDICATO DOS VIGILANTES DE PARANAGUÁ - PARANÁ

## AUTORIZAÇÃO:

Na qualidade de sócio contribuinte do SINDICATO DOS VIGILANTES DE PARANAGUÁ, e conforme me faculta o artigo 545 da CLT, AUTORIZO meu empregador a descontar mensalmente em folha de pagamento a mensalidade social e Convênio Saúde de dependentes que for apresentada por esta entidade.

Empresa: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Posto de serviço.: \_\_\_\_\_ Telefone Posto: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

### Dados Pessoais:

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: (M) (F)

Data Nasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RG nº.: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe Completo: \_\_\_\_\_

Telefones para contato: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ / (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Nome do Contato: \_\_\_\_\_

### Dados do Cônjuge:

Nome da(o) esposa (o) \_\_\_\_\_

Nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RG Esp \_\_\_\_\_ CPF Esp \_\_\_\_\_

Nome da Mãe da(o) Esposa (o): \_\_\_\_\_

### Dependentes:

Nome: \_\_\_\_\_ Nasc: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Nasc: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Nasc: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Nasc: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

ASSINATURADO FUNCIONÁRIO: \_\_\_\_\_



# SINDICATO DOS VIGILANTES DE PARANAGUÁ - PARANÁ

## DECLARAÇÃO

EM CONFORMIDADE COM A CCT (CONVENÇÃO COLETIVA DE TRABALHO), EM SUA CLÁUSULA 45 E TERMO ADITIVO, QUE INSTITUI O CONVÊNIO SAÚDE DOS VIGILANTES, DECLARO ESTAR CIENTE E CORDATO AO DESCONTO RESPECTIVO.

NOME: \_\_\_\_\_

RG.: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ EMPRESA: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

### OBS:

O acesso aos benefícios de sócio serão permitidos 30 (trinta) dias após o primeiro desconto da mensalidade em folha de pagamento