

# 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:			
<b>DEPENDENTES</b>			
Nome:		Idade:	G. Parentesco:
Nome:		Idade:	G. Parentesco:
Nome:		Idade:	G. Parentesco:
Nome:		Idade:	G. Parentesco:
<b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</b>			
Local de Trabalho:			
Cargo:			
Endereço Trabalho:			
<b>TIPO DE CONTRATO COM MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DO DESCOBERTO/GO</b>			
( ) 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. E utilizando os serviços dos advogados do departamento jurídico do SINDSAD/GO, comprometo-me a permanecer filiado até o final da ação judicial, e caso me desfilei antes, isento todos os advogados do SINDSAD/GO de quaisquer responsabilidades do processo em curso, na data da minha desfiliação. Ao mesmo tempo, comprometo-me a tomar ciência das normas do Estatuto Social em vigor.

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

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

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

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

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