

**PROPOSTA PARA ADMISSÃO DE  
SÓCIO DO SINDNAÇÕES**

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Org. Exp: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

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

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Natural: \_\_\_\_\_

Filiação: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Fone Res.: ( ) \_\_\_\_\_ Cel: ( ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Local de Trabalho: \_\_\_\_\_

Fone Trabalho: ( ) \_\_\_\_\_

Função: (Opcional): \_\_\_\_\_ Data de Admissão: \_\_\_\_\_

**Eu, abaixo assinado, autorizo meu empregador a descontar em folha de pagamento.**

**A contribuição mensal em conformidade com o artigo 34 do estatuto social do sindicato, correspondente a 1% do valor do salário de contribuição para o INSS — aprovado em Assembléia-Geral de acordo com o inciso IV do artigo 8º da Constituição Federal do Brasil e art. 545 da Consolidação das Leis do Trabalho — conforme descrito:**

( ) Salário superior a R\$ 6.433,57 (contribuição de R\$ 64,00)

( ) Salário inferior: R\$ \_\_\_\_\_ (1% deste valor)

**Caso haja desistência da filiação, deverá ser feito um comunicado ao sindicato por escrito juntamente com a quitação de eventuais débitos.**

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020

\_\_\_\_\_  
Assinatura