

# FICHA DE FILIAÇÃO

## AUTORIZAÇÃO

Eu \_\_\_\_\_, portador(a)  
do RG: \_\_\_\_\_ e CPF: \_\_\_\_\_, pelo presente  
documento, autorizo a minha empregadora  
\_\_\_\_\_, a proceder  
mensalmente, como contribuição associativa, o desconto na folha de pagamento  
no valor de 1% (um por cento) sobre o valor do meu salário base em favor do  
SINDEMED – Sindicato dos Empregados em Cooperativas de Serviços Médicos  
e Odontológicos do Estado de Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e  
Tocantins.

### Dados Pessoais:

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

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

RG N°: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

e-mail (pessoal): \_\_\_\_\_

Telefone: celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Residencial (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Residente à Rua/AV/Praça: \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ Qd \_\_\_\_\_ Lt \_\_\_\_\_ Apto \_\_\_\_\_ Bloco \_\_\_\_\_

Setor/Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÃO: DECLARO QUE ESTOU CIENTE E AUTORIZO QUE OS DADOS  
ORA INFORMADOS SEJAM COMPARTILHADOS ENTRE A MINHA  
EMPREGADORA E O SINDEMED.**

Por ser esta a expressão da verdade, assino a presente, para surtam seus jurídicos  
e legais efeitos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura