

## FICHA DE FILIAÇÃO

Nome completo:			
Cargo:		Matrícula:	
CPF:			
Banco:	Agência:	Conta:	
Data de Admissão:	/ /	Sexo:	M ( ) F ( )
Lotação:			
Região de Saúde/UA:			
RG:	Órgão expedidor:	Data de expedição:	/ /
Data de nascimento:	/ /	Estado Civil:	
Naturalidade:			UF:
Endereço residencial:			
Cidade:	UF:	CEP:	
Celular:		Celular 2:	
E-mail:			
E-mail alternativo:			
<p>Declaro de forma inequívoca, para todos os fins, que estou ciente das regras do Estatuto Social do SINDIVACS-DF na qual, por minha adesão, devo completa observância, me comprometendo a cumprir os seus termos; e que as informações acima prestadas são todas verdadeiras. Autorizo que seja consignado em folha de pagamento mensal, junto aos órgãos competentes, o percentual de 2,5% (dois vírgula cinco por cento), a ser descontado sobre meu vencimento ou salário básico, diretamente na minha conta, quer seja no Banco de Brasília - BRB ou qualquer outro banco indicado, cujos valores serão repassados em favor do SINDIVACS-DF, conforme deliberado em Assembleia Geral no dia 16 de dezembro de 2024 (art. 52, parágrafo único do Estatuto). Autorizo ainda, de forma inequívoca, o eventual desconto de qualquer outra contribuição, conforme inciso XI do art. 3º, art. 6º, I e II, art. 47 e incisos, e art. 54, todos do Estatuto, bem como aquelas previstas em lei. Comprometendo-me, conforme arts. 4º e 6º, VI, do Estatuto, a entregar a ficha de filiação, documento, contracheque e manter meus dados funcionais e pessoais atualizados junto à entidade sindical.</p>			
Brasília-DF,		de	
<hr/>			
Assinatura do requerente			
<hr/>			
Assinatura do Presidente			

