



SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTOS DE
SERVIÇOS DE SAÚDE DE UMUARAMA E REGIÃO - SEESSU

CNPJ Nº 79.868.048/0001-76 - Código Sindical: 914.021.000.03838-7

(44) 3622-7094  (44) 99989-5955

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO DE CONTRIBUIÇÃO ASSISTENCIAL DE CUSTEIO SINDICAL

Ao **Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de Umarama e Região - SEESSU**

Com Cópia para o Empregador: _____

Assunto: AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO DE CONTRIBUIÇÃO ASSISTENCIAL DE CUSTEIO SINDICAL

Eu _____,

portador do CPF nº _____, função: _____

regularmente registrado na empresa _____

_____ CNPJ nº _____,

venho por meio desta, **AUTORIZAR** a empresa a realizar o desconto mensal do meu salário, referente a

CONTRIBUIÇÃO ASSISTENCIAL DE CUSTEIO SINDICAL, em favor do **SINDICATO DOS**

EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE UMUARAMA E REGIÃO -

SEESSU, CNPJ nº 79.868.048/0001-76 .

Os descontos ora autorizados em folha de pagamento subsistirão **até a rescisão do contrato de trabalho**, com este empregador (a) **ou, em caso de desistência da minha parte**, em que farei por escrito tal comunicação ao Sindicato.

Assim sendo, autorizo expressamente os descontos em minha folha de pagamento em relação à **CONTRIBUIÇÃO ASSISTENCIAL DE CUSTEIO SINDICAL** prevista na Convenção Coletiva de Trabalho, no importe de **1% (um por cento) do salário base**.

Atenciosamente,

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do trabalhador

IMPRIMIR 3 (TRÊS) VIAS – EMPREGADO, EMPRESA E SINDICATO