

( ) ATIVOS      ( ) INATIVOS      ( ) FILIAÇÃO      ( ) RECADASTRAMENTO

## FICHA DE RECADASTRAMENTO/FILIAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ ORGÃO EXPEDITOR: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ LOCAL DE TRABALHO: \_\_\_\_\_

SECRETARIA DE SAÚDE: ESTADUAL ( ) MUNICIPAL ( ) TERCEIRIZADO ( ) \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ Nº DO CADASTRO: \_\_\_\_\_

GRAU DE ESCOLARIDADE: 1º ( ) \_\_\_\_\_ 2º ( ) \_\_\_\_\_ 3º ( ) \_\_\_\_\_

CARGO PERMANENTE: \_\_\_\_\_ ANO DE INGRESSO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

TEL P/ CONTATO: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

Salário Base R\$ \_\_\_\_\_ Autorizo que a SESAB efetue em favor do SINDSAUDE-BA o desconto de 3% \_\_\_\_\_

Local, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO SERVIDOR

## AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO

Eu \_\_\_\_\_ cadastro nº \_\_\_\_\_

venho através deste documento autorizar que o RH da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB, efetue o desconto estatutário no percentual de 3% ( \_\_\_\_\_ ) em favor do SINDSAÚDE-BA – Sindicato dos Trabalhadores em saúde do Estado da Bahia cujo CNPJ Nº 34.283.200/0001-10 sobre o salário base no valor de R\$ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ), para assegurar a minha adesão ao sindicato conforme: O ordenamento jurídico brasileiro conferiu, sim, aos servidores públicos o direito à livre associação sindical, no art. 37, VI, da Constituição Federal que prevê: é garantido ao servidor público civil o direito à livre associação sindical.

Local, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO SERVIDOR