



**Sindicato  
da Alimentação**  
de Catanduva e região

**FICHA DE EMPREGADO SINDICALIZADO**

**DATA DA SINDICALIZAÇÃO:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **Matrícula** \_\_\_\_\_

Nome do empregado: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ CTPS: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

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

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Filiação: Pai: \_\_\_\_\_

Mãe \_\_\_\_\_

Residência: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

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

Cep: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

**DEPENDENTES esposa(o) e filhos até 16 anos**

Esposa(o) \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Filhos: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Filhos: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Filhos: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

**AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA**

Eu, empregado sindicalizado, já nomeado acima, autorizo a empresa em que trabalho ou trabalhar como empregado, para os fins do art. 545 da CLT, com a redação dada pela lei 13.467/2017, a descontar em folha de pagamento as contribuições devidas ao Sindicato (confederativa, associativa, assistencial, negocial, custeio, solidariedade, retributiva, ou sob qualquer outra denominação que constar em convenção ou acordo coletivo de trabalho).

\_\_\_\_\_  
assinatura do sindicalizado

**AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA**

Eu, empregado sindicalizado, já nomeado acima, autorizo a empresa em que trabalho ou trabalhar como empregado, para os fins do art. 545 da CLT, com a redação dada pela lei 13.467/2017, a descontar em folha de pagamento as contribuições devidas ao Sindicato (confederativa, associativa, assistencial, negocial, custeio, solidariedade, retributiva, ou sob qualquer outra denominação que constar em convenção ou acordo coletivo de trabalho).

Nome do empregado: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_ Cnpj: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
assinatura do sindicalizado

Recebido cópia desta e ciente da autorização



**Sede**

Rua Alagoas, nº 123 - Catanduva - SP  
CEP 15.800-090

Contato 17.3531.0400

**Sub-Sede**

Rua Rodrigues Alves, nº 665 - Itápolis - SP  
CEP 14.900-000

Contato 16.3262.5231



[www.sinalcatanduva.org.br](http://www.sinalcatanduva.org.br)