



# Sindicato dos Trabalhadores em Educação da Rede Pública Municipal de Belo Horizonte

Avenida Amazonas, 491, sala 1.009, Centro/BH  
Tel.: 3226 3142 - Fax: 3212 9044 - Jurídico: 3212 6940

## FICHA DE FILIAÇÃO CAIXA ESCOLAR

### AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

#### 01 - DADOS DO TRABALHADOR TERCEIRIZADO

NOME		DATA DE NASCIMENTO	
RG	CPF	E-MAIL	
ENDEREÇO (RUA, AV.)		NÚMERO	COMPLEMENTO
CEP	BAIRRO / DISTRITO	UF	TELEFONE(S)
ESCOLA/UMEI		REGIONAL	
FUNÇÃO/CARGO:			

#### DESCRIÇÃO DO DESCONTO MENSALIDADE SIND-REDE/BH - 1% DO VENCIMENTO BÁSICO

Pelo presente, autorizo a Caixa Escolar da Escola Municipal \_\_\_\_\_,

CNPJ: \_\_\_\_\_, consultar e efetuar inclusão do desconto acima descrito em minha folha de pagamento, a favor da entidade consignatária.

**Sind-REDE/BH - Sindicato dos Trabalhadores em Educação da Rede Pública Municipal de BH**

LOCAL <b>Belo Horizonte</b>	DATA	ASSINATURA DO TRABALHADOR TERCEIRIZADO
--------------------------------	------	--

#### 02 - DADOS DA ENTIDADE CONSIGNATÁRIA

RAZÃO SOCIAL <b>Sindicato dos Trabalhadores em Educação da Rede Pública Municipal de BH</b>		SIGLA <b>Sind-REDE/BH</b>	
ENDEREÇO (RUA, AV.) <b>Avenida Amazonas</b>		N.º <b>491</b>	COMPLEMENTO <b>Sala 1.009</b>
CEP <b>30.180.000</b>	BAIRRO <b>Centro</b>	UF <b>MG</b>	TELEFONE(S) <b>(31) 3226.3142 - FAX: 3212 9044</b>
RESPONSÁVEL PELA FILIAÇÃO - NOME LEGÍVEL			<b>Belo Horizonte</b> ____/____/20____.

✂ -----

### COMPROVANTE DE FILIAÇÃO DO TRABALHADOR TERCEIRIZADO

Declaramos para os devidos fins que \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ lotada/o na Escola \_\_\_\_\_

filiou-se nesta data.

\_\_\_\_\_  
RESPONSÁVEL PELA FILIAÇÃO - NOME LEGÍVEL

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.



Sindicato dos Trabalhadores em Educação da  
Rede Pública Municipal de Belo Horizonte  
Avenida Amazonas, 491, sala 1.009, Centro/BH  
Tel.: 3226 3142 - Fax: 3212 9044 - Jurídico: 3212 6940