



SECHOBARES/MG
Sind. Emp. Com. Hot. Bares, Rest., Tur. e Hosp. de Curvelo,
Diamantina e Microrregião do Médio Rio das Velhas e Três Marias
Matriz: Rua Nilton, 279 - Centro - CEP 35.790-000 - Curvelo/MG - Fone: (38)3721-5392
Subsede: Rua Prof. João Evaristo, 192 - Polivalente
 Diamantina/MG - CEP 39.100-000 - Fone: (38) 3531-1301
 Site: www.sechobares.com.br - Email: sind.secretariacvo@uol.com.br

O abaixo assinado, membro desta categoria e no uso de seus direitos, nos termos dos Artigos 513, alínea 'e' 545, ambos da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), bem como o Artigo 8º, Inciso IV, da Constituição Federal/88, REQUER da entidade sua inscrição como associado(a) / filiado(a). Para tanto, cede o direito de uso de sua imagem capturada em eventos e atividades da entidade, bem como, autoriza expressamente a empresa a descontar de seu salário, as contribuições sindicais devidas ao SECHOBARES/MG, na forma e valor estabelecido por suas Assembléias Gerais regulares e inseridas em Convenção Coletiva de Trabalho (CCT), Acordo Coletivo de Trabalho (ACT), e/ou Instruções Normativas, Sentenças Judiciais, em especial a Contribuição Sindical Urbana Anual, devendo o(s) valor(es) descontado(s) ser(em) repassados aos cofres da entidade.

Declaro ainda, estar ciente de que, em caso de desemprego e transcorrido o período de carência de 60 (sessenta) dias, devo, pessoalmente, preencher e assinar a solicitação de desligamento da entidade.

Declaro também, que as informações por mim prestadas neste documento são verdadeiras, não havendo a omissão de nenhuma informação que possa influenciar em decisões que a entidade necessite tomar acerca do presente requerimento.

Li e aceito os termos e condições do presente requerimento.

REQUERIMENTO DE ASSOCIAÇÃO / FILIAÇÃO		MATRÍCULA Nº		
NOME				
ENDEREÇO			CEP:	
BAIRRO		CIDADE / UF		
NACIONALIDADE		ESTADO CIVIL		NATURALIDADE
TEL.		CELULAR:		E-MAIL:
PAI				
FILIAÇÃO				
MÃE				
DATA NASCIMENTO		PROFISSÃO		INSTRUÇÃO
EMPRESA ONDE TRABALHA				
NOME FANTASIA				
ENDEREÇO			BAIRRO	
CIDADE / UF		CEP	CNPJ	FONE
DATA ADMISSAO	DATA DEMISSAO	FUNÇÃO		PIS
	/ /			
CTPS Nº	SÉRIE	RG Nº	ÓRGÃO DE EXPEDIÇÃO	CPF
DEPENDENTES				
NOME		SEXO	GRAU PARENTESCO	DATA NASCIMENTO
				/ /
				/ /
				/ /
				/ /
				/ /
				/ /

Curvelo, MG, ____ / ____ / ____

Assinatura

NOME DO SÓCIO (A)

DIRETOR - PRESIDENTE