



**SINDICALIZAÇÃO/2024** (mensalidade sindical)

Matricula no SENPA \_\_\_\_\_

Matricula do contracheque/holerite: \_\_\_\_\_

1=NOME DO ENFERMEIRO: \_\_\_\_\_ NATURALIDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO (anexar comprovante): \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

PERIMETRO \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

PAI: \_\_\_\_\_

MÃE: \_\_\_\_\_

DATA DO NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_

CPF Nº. \_\_\_\_\_ RG/CI Nº. \_\_\_\_\_ COREN Nº: (anexar cópia) \_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_ E-MAILS: \_\_\_\_\_ DATA DA ADMISSÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2= NOME DO LOCAL PARA DESCONTO: ESTABELECIMENTO DE SAÚDE/OSs OU SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (que é o patrão): \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ CNPJ \_\_\_\_\_

(CGC): \_\_\_\_\_ FONES: \_\_\_\_\_

CARGA HORÁRIA: \_\_\_\_\_ SALÁRIO BASE R\$ \_\_\_\_\_ REMUNERAÇÃO R\$ \_\_\_\_\_

NOME DO DIRETOR GERAL OU SECRETARIO MUNICIPAL DE SAÚDE: \_\_\_\_\_

Município de: \_\_\_\_\_ (Pa), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

Assinatura do Enfermeiro

REPRESENTANTE DO SENPA

TESOUREIRO DO SENPA

Aprovada em reunião da Diretoria do SENPA

Em, .....de.....de 2024

 **ENFERMEIRO OBRIGATÓRIO PREENCHER TAMBÉM ABAIXO** 

.....SENPA RASGUE AQUI.....

## SINDICATO DOS ENFERMEIROS DO ESTADO DO PARÁ – SENPA

AUTORIZAÇÃO INDIVIDUAL DO ENFERMEIRO, PARA DESCONTO DA MENSALIDADE SINDICAL/SINDICALIZAÇÃO, PELO SEU LOCAL DE TRABALHO, REPASSANDO À ENTIDADE SINDICAL O VALOR DEVIDO, A PARTIR DESTES MÊS.

MATRICULA DO CONTRACHEQUE/HOLERITE: \_\_\_\_\_

NOME DO ENFERMEIRO: \_\_\_\_\_

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE/OSs OU SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (que é o patrão): \_\_\_\_\_, determinando o meu local de trabalho

acima, efetuar o desconto mensal em meu contracheque/holerite referente à mensalidade sindical a favor do Sindicato dos Enfermeiros do Estado do Pará – SENPA, no valor de R\$ 50,00 para o ano de 2024 conforme aprovado em Assembleia Geral Ordinária no dia 15/12/2023 a ser depositado na conta bancária sindical onde deverá o boleto mensal ser impresso pelo site: [www.senpa.org.br](http://www.senpa.org.br) - impressão de boletos/Esta Área e restrita – Acessar, digitando o CNPJ da Empresa, e cadastrando o meu nome completo com o CPF e repassando até o dia do vencimento do boleto bancário.

Município de: .....(PA), ..... de ..... de 2024.

Assinatura do Enfermeiro - Coren/PA nº .....

**APÓS PREENCHIDO TODOS OS DADOS, O SENPA ENCAMINHARÁ PELO EMAIL: [financeirosempak@gmail.com](mailto:financeirosempak@gmail.com) AO SEU LOCAL DE TRABALHO MEDIANTE OFÍCIO. PROIBIDO ENTREGAR ESSE FORMULÁRIO NO SEU LOCAL DE TRABALHO ASSIM COMO SOLICITAR CANCELAMENTO DA MENSALIDADE SINDICAL. SINDICALIZADO QUITE SÓ COM DESCONTOS EM CONTRACHEQUE/HOLERITE.**