

## AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO DA CONTRIBUIÇÃO SINDICAL

Pelo presente instrumento, eu \_\_\_\_\_,  
(nome completo)  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, portador (a) do  
(nacionalidade) (estado civil) (profissão)  
RG nº \_\_\_\_\_ órgão emissor \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o nº  
\_\_\_\_\_ residente e domiciliado(a) no (a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_,  
(Complemento \_\_\_\_\_), na cidade/estado de \_\_\_\_\_,  
CEP \_\_\_\_\_, autorizo o Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas  
Ocupacionais a solicitar a meu (s) empregador (es) ou a quem de direito o desconto  
diretamente em meu salário / vencimento / folha de pagamento dos valores devidos por  
mim a título de anuidades e contribuições sindicais de qualquer natureza, bem como o  
repasso desses valores ao SINFITO/PI, inclusive os referentes à contribuição assistencial  
prevista na alínea "e" do artigo 513 da CLT, da contribuição sindical prevista no artigo  
578 e seguintes, também da CLT, da contribuição confederativa prevista no inciso IV do  
artigo 8º da Constituição Federal, e de contribuições negociais firmadas em convenções  
ou acordos coletivos, bem como toda e qualquer outra devida na forma do Estatuto da  
entidade ou da legislação.

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(município) - (UF), (dia) (mês) (ano)

\_\_\_\_\_  
(assinatura-nome)