



Sindicato dos Empregados em Empresas de
Asseio e Conservação de Londrina e Região

Rua Sergipe, n.º 1040, Centro, Londrina - PR
CEP. 86.020-330. Tel.: (43) 3026-4538

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO E SOLICITAÇÃO DE REPASSE AO SINDICATO

Eu, Aparecida Gonçalves de Andrade,
CPF. 265.030.828-11, nascido(a) em 02 / 11 / 71, empregado(a) desta
empresa, autorizo o desconto, nos meus salários, as contribuições, convênios e
mensalidades devidas ao **Sindicato dos Empregados em Empresas de Asseio e
Conservação de Londrina e Região**, na forma da Legislação vigente.

Considerando os termos da cláusula 15.^a da Convenção Coletiva de Trabalho vigente,
venho livremente manifestar minha opção pela **Assistência Médica (SIEMACO -
SAÚDE)**, autorizando também o desconto da parcela a mim cabível, para custeio do
mesmo, e o repasse de tais importâncias ao Sindicato Profissional supraqualificado.

Tendo em vista minha opção pela **Assistência Médica (SIEMACO - SAÚDE)**, e
autorização supra, de descontos em meus salários da parcela a mim cabível para o custeio
do mesmo, venho através do presente solicitar a Vs. Sas que, de igual forma, repassem ao
Sindicato Profissional a parcela cabível a empresa, para custeio da referida assistência,
nos termos e em cumprimento ao disposto na cláusula 15.^a da Convenção Coletiva de
Trabalho vigente.

Aparecida G. H. Bergoni
Assinatura do Associado

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO DA MENSALIDADE SINDICAL

Eu, Aparecida Gonçalves de Andrade,
CPF. 265.030.828-11, autorizo a descontar do meu salário as
contribuições, convênios e mensalidades e recolhê-las ao **SINDICATO DOS
EMPREGADOS EM EMPRESAS DE ASSEIO E CONSERVAÇÃO DE LONDRINA E
REGIÃO**, conforme o artigo 545 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT.

Aparecida G. H. Bergoni
Assinatura do Trabalhador



**SINDICATO DOS EMPREGADOS EM
EMPRESAS DE ASSEIO E CONSERVAÇÃO
DE LONDRINA E REGIAO**

Rua Sergipe, 1040 - Centro - Londrina - PR - CEP 86020-320

Tel.: (43) 3321-4718 - Fax: (43) 3321-4718

Código 020.328.03751-0 - CNPJ 80.919.624/0001-46

COMUNICADO

Eu, **APARECIDA GONCALVES DE ANDRADE ALBERGONI**
funcionário(a) da empresa : **ECOL SERVICOS TERC. LTDA-ME**

Venho por meio deste, comunicar ao Sindicato
e minha empregadora, que não mais utilizarei os benefícios da
ASSISTÊNCIA MÉDICA e MENSALIDADE SINDICAL, a qual me dava
direito de sócio(a) desta entidade, assegurados pela C.C.T. .
Solicito assim, que não seja mais efetuado os descontos correspondentes
em meus vencimentos.

Londrina , 20 de Maio de 2022.

APARECIDA GONCALVES DE ANDRADE ALBERGONI

APARECIDA GONCALVES DE ANDRADE ALBERGONI Matricula :

1º Via Sindicato