

## AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO.

Eu,

Nome	
RG	CPF
Nacionalidade	Estado civil

**AUTORIZO o meu empregador** a efetuar o(s) desconto(s) do(s) valor(es) abaixo, na próxima folha de pagamento, em favor do Sindicato dos Farmacêuticos do Estado de Tocantins, conforme Art. 8º, IV da Constituição Federal e Arts. 545, 462, 579 e 582, ambos da CLT e CCT vigente da categoria.

Contribuição assistencial anual.

Contribuição sindical anual.

Os empregadores deverão solicitar a(s) guia(s) pelo e-mail *contato@sindifato.org.br*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_  
(cidade) (UF) (dia) (mês) (ano)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do farmacêutico(a)