



Sindicato dos Médicos do Amazonas

Rua Professora Cacilda Pedrosa, 669 Conjunto Canaã Bairro Alvorada CEP 69.048-340 Manaus – AM
Fone: (92) 3651-7798 – 3308-9313 E-mail: simeamfinanceiro@gmail.com

FICHA DE SINDICALIZAÇÃO

NOME:	 Sexo: () Masc. () Fem.	
MATRÍCULA:	Situação funcional: () Ativo () Aposentado	
DATA DE NASCIMENTO:	 RG:	 CPF:
LOTAÇÃO:	 Classe:	 Padrão:
ENDEREÇO RESIDENCIAL:		
BAIRRO:	 Cidade/UF:	 CEP:
TELEFONES:		
E-MAIL PESSOAL:	 E-MAIL funcional:	

» **CLÁUSULA PRIMEIRA** – São direitos dos associados: utilizar as dependências do Sindicato para atividades compreendidas no Estatuto, votar e ser votado em eleições de representações no Estatuto, exceto os acadêmicos que é vedado o direito de votar e ser votado, gozar de benefícios e assistências proporcionadas pelo Sindicato, convocar os órgãos deliberativos, conforme norma no Estatuto, participar, com direito a voz e voto das Assembleias Gerais e nas reuniões ordinárias da Diretoria, desde que obedecida a pauta.

» **CLÁUSULA SEGUNDA** – São deveres dos associados: Permanecer em dias com a contribuição sindical (imposto sindical) estabelecido pelo Sindicato e regulado pelos art. 578 e seguintes da CLT, bem como mensalidade sindical estabelecida por Assembleia Geral para usufruir dos direito previsto no Estatuto, exigir o cumprimento dos objetivos e determinações do Estatuto e o respeito por parte da Diretoria às decisões das Assembleias Gerais, zelar pelo patrimônio e serviços do Sindicato, cuidando da sua correta aplicação e/ou utilização, comparecer nas reuniões e Assembleias convocadas pelo Sindicato e acatar suas decisões, prestigiar o Sindicato e propagar o espírito associativo entre os médicos e concorrer para a entrada de novos associados.

Venho requerer inscrição como sindicalizado(a) neste sindicato, para tanto autorizo o desconto da mensalidade sindical em meus vencimentos e/ou remuneração da importância, através de consignação em folha de pagamento, VIA ÓRGÃO ESTADUAL/MUNICIPAL DE ARRECADAÇÃO ou VIA INSTITUIÇÃO BANCÁRIA em favor do Sindicato dos Médicos do Amazonas - SIMEAM.

Manaus, ____ de _____ de ____.

ASSINATURA

Filiado á :

