



AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA

DADOS DO PROFISSIONAL

NOME COMPLETO:

CPF:

COREN-BA:

RG:

ESTADO CIVIL:

DATA DE NASCIMENTO:

____/____/____

CONTATO

E-MAIL:

TELEFONE/CELULAR:

VÍNCULO EMPREGATÍCIO PRINCIPAL

LOCAL DE TRABALHO:

NÃO INFORMADO

Eu, acima qualificado(a), na forma do Art. 545 da CLT, **AUTORIZO** o desconto de **1% (um por cento)** do meu salário base em favor do **Sindicato dos Enfermeiros do Estado da Bahia (SEEB)**, a título de mensalidade sindical, a ser efetuado mensalmente em minha folha de pagamento a partir desta data (31/01/2026).

Salvador, 31/01/2026

ASSINATURA DO PROFISSIONAL