



## 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