



**SINDICATO DE CATEGORIA PROFISSIONAL DIFERENCIADA, EMPREGADOS  
E TRABALHADORES DO RAMO DE ATIVIDADE DE VIGILÂNCIA E  
SEGURANÇA PRIVADA DE CAMPINAS E REGIÃO "SINDIVILÂNCIA  
CAMPINAS"**

Rua Jorge Miranda, nº 97 - Botafogo - Campinas/SP - CEP 13020-180 - Fones (19) 3253-2004 / 3251-7332  
Site: [www.sindivilancia.org.br](http://www.sindivilancia.org.br) Email: [atendimento@sindivilancia.org.br](mailto:atendimento@sindivilancia.org.br)

**AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO**

Associado matr. nº \_\_\_\_\_

À Empresa \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, funcionário desta empresa,  
portador da CPF nº \_\_\_\_\_, autorizo o desconto mensal em meus salários,  
equivalente à 1,5% do piso salarial da categoria, inclusive do 13º Salário e Férias, sem o acréscimo de 1/3, bem como contribuição assistencial  
em favor do Sindivilância Campinas do qual sou associado. Estou ciente que somente poderei solicitar cancelamento como associado após  
01 ( um ) ano de filiação, conforme deliberação assembleiar. Declaro que minha Sindicalização é de livre e espontânea vontade.

Local \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*NOME LEGÍVEL*

\_\_\_\_\_  
*ASSINATURA*