AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA

DADOS DO PROFISSIONAL

NOME COMPLETO

CPF

COREN-BA

RG

DATA DE NASCIMENTO

CONTATO

E-MAIL

TELEFONE/CELULAR

VÍNCULO EMPREGATÍCIO PRINCIPAL

LOCAL DE TRABALHO

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 (10/11/2026).

Salvador, 10/11/2026

ASSINATURA DO PROFISSIONAL