AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

Pelo presente instrumento, eu_____, brasileiro (a), servidor (a) público estadual, matrícula funcional_____, inscrito (a) no CPF sob o nº_____e no RG nº_____, residente e domiciliado (a) à _____, na cidade de_____, Estado do_____, AUTORIZO o SINDICATO DOS SERVIDORES DA JUSTIÇA DO ESTADO DO MARANHÃO, entidade sindical de primeiro grau que representa todos os servidores do Poder Judiciário do Estado do Maranhão, inscrito sob o CNPJ 110.130.26/0001-90, com sede administrativa situada à Rua das Cajazeiras, 43, Centro, São Luís, Maranhão A EFETUAR O DESCONTO em meu salário, através de consignação em folha de pagamento, do valor correspondente ao convênio de plano de saúde.

São Luis/MA,_____/_____/ 2022.

_____