

Ao:
SINDSAÚDE/CE

REQUERIMENTO DE AUXÍLIO NATALIDADE

Pelo presente, venho requerer o benefício de pagamento de auxílio natalidade, vantagem essa que é concedido pelo sindicato às gestantes, em valor correspondente a 20% do salário mínimo vigente no país, e para tanto anexo cópias da documentação exigida (**ATESTADO MÉDICO E/OU REGISTRO DE NASCIMENTO, ATÉ 01 ANO DO NASCIMENTO DO (A) FILHO (A), CONTRACHEQUE, R. G. & CPF**).

Fortaleza (CE) ____/____/2020.

Assinatura
Sócia

DADOS DA SÓCIA

NOME				MAT. SINDICAL	
EMP. ONDE TRABALHA					
CPF		R.G.			
BANCO		AGÊNCIA		CONTA	
TIPO DE CONTA		CORRENTE		POUPANÇA	POUPANÇA FÁCIL
CONTATOS	FONE 01		FONE 02		



-----VIA SÓCIA - DESTACAR AQUI-----



RECEBEMOS O REQUERIMENTO PARA O PAGAMENTO DO BENEFÍCIO DE AUXÍLIO NATALIDADE DA SÓCIA: _____,

Matrícula sindical nº _____, a ser pago oportunamente. Pedimos contatar com nosso financeiro pelo fone (85) 3255-4552 - (85) 99857-4962 ou através do e-mail: tesouraria@sindsaudeceara.org.br

Fortaleza, ____/____/2020.

Assinatura
SINDSAÚDE/CE