



# SINPOL/MT

## IDENTIFICAÇÃO CONSIGNATÁRIA

### (DESFILIAÇÃO)

#### Matrícula:

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

#### Endereço:

Rua /Av: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

#### Declaração:

Declaro ter ciência que a partir da efetivação da desfiliação, estarei deixando de usufruir dos benefícios de um filiado, dentre eles os convênios.

Estou ciente que caso resolva filiar-me novamente, haverá um período de carência (de acordo com o Estatuto) para exercer direitos tais como, votar e ser votado e, usufruir de benefícios como, assistência jurídica, hotel de trânsito e salão de festas.

Estou ciente que de acordo com o Supremo Tribunal federal as ações judiciais que possibilitem vantagem financeira a classe, só atingirão os filiados.

Declaro ainda, estar ciente de que o jurídico do SINPOL/MT deixará de patrocinar minhas ações judiciais e/ou processos administrativos (caso existam) e me comprometo a providenciar indicar um advogado em um prazo de 15 dias.

Cuiabá/MT, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Lamentamos sua decisão de se desfiliar de nosso sindicato. Entendemos que nossa força está em nossa união, porém respeitamos e esperamos que retorne.**