

**TERMO DE ADESÃO AO P.A.T**

**( PROGRAMA DE ALIMENTAÇÃO DO TRABALHADOR - MTE )**

Nº Matricula: \_\_\_\_\_  
(Uso exclusivo do SINDCON)

De acordo com o que determina a **Convenção Coletiva de Trabalho-Cláusula 15º- Programa de Alimentação do Trabalhador - PAT**, o Cond. \_\_\_\_\_, sito na \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_, CNPJ \_\_\_\_\_, é possuidor de \_\_\_\_\_ FUNCIONÁRIO(S), solicita a essa entidade a inclusão do condomínio e seu(s) funcionário(s) no sistema de Vale Alimentação **SINDCON/SECOVI-PA**, comprometendo-se a informar qualquer mudança no seu quadro funcional.

Fica ciente, também, que para recebimento do **VALE ALIMENTAÇÃO** é necessário que o condomínio esteja em dia com o pagamento de Vale Alimentação, Mensalidade Social, \*Seguro de Vida e Contribuição Confederativa Patronal, para com o este Sindicato.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Cidade Dia/Mês Ano**

\_\_\_\_\_  
**NOME COMPLETO**

CPF: \_\_\_\_\_ / Nasc \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Res \_\_\_\_\_ Trab \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
**Telefones:**

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

**RELAÇÃO DE EMPREGADOS PARA INCLUSÃO NO SISTEMA DE  
VALE ALIMENTAÇÃO ATRAVÉS DO SINDCON/SECovi-PA.**

Cond \_\_\_\_\_

Nº de Matrícula: \_\_\_\_\_

	NOME	NASC.	CPF	CTPS	ADM	FUNÇÃO
1-		/ /			/ /	
2-		/ /			/ /	
3-		/ /			/ /	
4-		/ /			/ /	
5-		/ /			/ /	
6-		/ /			/ /	
7-		/ /			/ /	
8-		/ /			/ /	
9-		/ /			/ /	
10-		/ /			/ /	