



Sindicato dos Administradores  
no Estado de Minas Gerais

## TERMO DE CIÊNCIA DE FILIAÇÃO

Eu \_\_\_\_\_,

CPF \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, Telefone \_\_\_\_\_,

E-mail \_\_\_\_\_, declaro que estou ciente de minha filiação ao SAEMG- Sindicato dos Administradores no Estado de Minas Gerais, e tenho ciência que terei que pagar a taxa de anuidade referente ao ano vigente para usufruir dos convênios e benefícios que o Sindicato proporciona, dentre eles do plano de saúde coletivo por adesão.

Declaro que estou ciente que os próximos boletos (com QR code ou código de barras) serão enviados sempre no mês de janeiro de cada ano via e-mail ou WhatsApp com vencimento para o mês de fevereiro e que a DESISTÊNCIA ou CANCELAMENTO da contratação dos convênios vinculados ao SAEMG, não cancela automaticamente a minha filiação, em caso de desistência da filiação é necessário informar ao sindicato a intenção da baixa cadastral através do email: [cadastros@saemg.org.br](mailto:cadastros@saemg.org.br).

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

ASSINATURA

(31) 3274-0499

(31) 3274-0278

[saemg@saemg.org.br](mailto:saemg@saemg.org.br)

Av. Afonso Pena, 981 – 6º Andar

Belo Horizonte, MG – 30130-907

[saemg.org.br](http://saemg.org.br)

COMPROMISSO COM OS ADMINISTRADORES E A SOCIEDADE