



# Sindicato dos Empregados no Comércio de Blumenau

Base Territorial: Ascurra, Apiúna, Benedito Novo, Blumenau, Dr. Pedrinho, Gaspar, Indaial, Pomerode, Rio Dos Cedros, Rodeio, Timbó

Sede Própria: Rua John F. Kennedy, 91 - Cx. Postal, 564 - CEP 89010-120 - Fone: 3326:6399 - Blumenau - SC

**Benefícios:** Médico Clínico Geral, Ultrassom, RX e Endoscopia sem custo para o Associado.

Médicos especialistas em todas as áreas, com baixo custo para os associados e seus familiares.

Reembolso de 20% nos medicamentos, Dentistas com descontos e parcelado em até 5X (Tratamento Odontológico).

Assistência jurídica, informações trabalhistas, previdenciária e muito mais.

Relação completa de todos os benefícios e nossas convenções no site [www.secblumenau.com.br](http://www.secblumenau.com.br)

## FICHA DE SÓCIO

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

Endereço: \_\_\_\_\_ N.º: \_\_\_\_\_

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

Cep: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Fones/Res. \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_ WhatsApp. \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

CTPS: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_ Início na Categoria: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número da carteira de trabalho e a séria

Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Indicação: \_\_\_\_\_

## DEPENDENTES

Esposo (a): \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Filho (a): \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Filho (a): \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Filho (a): \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Filho (a): \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data

Assinatura do Associado

Trazer Carteira Profissional, 2 fotos do Associado, e 1 de cada Dependente maior de 4 anos

Declaro ter conhecimento que a mensalidade associativa não se confunde com contribuição assistencial aprovada prévia e expressamente por assembléia.

**Aceito ser sócio(a):**

Sim

Não

## AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

NOME: \_\_\_\_\_ Nº CTPS: \_\_\_\_\_

Venho por meio desta, de livre e espontânea vontade e conforme determina o Art. 545 da CLT, acrescido do § único do Decreto Lei nº 925 de 10/10/1969,

autorizar V.As a proceder os seguintes descontos em favor do **SINDICATO DOS EMPREGADOS NO COMÉRCIO DE BLUMENAU**.

Mensalidade

Tratamento Odontológico

Blumenau: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do Associado

**Aceito ser sócio(a):**

Sim

Não