



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

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 série

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 assembleia.

Aceito ser sócio(a):

Sim

Não

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

Empresa: _____ Cidade: _____

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