

PROPOSTA DE SÓCIO



Preencha os espaços utilizando letra de forma.

Espaço destinado ao sindicato.

Motivo: () Novo Sócio - () Religamento - () Atualização Cadastral - () Transferência de Empresa

Matrícula

C.P.F.

 -

Nome Completo

Data Nasc. (Ex. 251270)

CEP

 -

Endereço

Nº

Complemento (ex. apart. / bloco..)

Cidade

Fone Contato

 -

Fone Celular

 -

Sexo

 M F

Ident. Funcional / Matric. Empresa

Cód. Empresa

Nome da Empresa

Estado Civil

Profissão

E-mail

Sindicalizado por:

Data

 / /

Cadastrado por:

Data

 / /

Autorizo expressamente por livre e espontânea vontade, de acordo com o previsto na convenção coletiva de trabalho, à empresa

_____, a descontar em minha folha de pagamento, ou débito em conta ou DDA (Débito Direto Automático) no Banco nº _____ Agência _____ operação _____ conta nº _____ dv _____, o valor decorrente da utilização de serviços efetuados por mim ou por meus dependentes autorizados, referente a mensalidade sindical, serviços médicos, odontológicos, farmácia e demais convênios firmados com o Sindicato dos Trabalhadores Metalúrgicos da Grande Curitiba.

Tipo de sócio:

Folha de pagamento : Desconto de 1,2% do salário base até o teto de 10% do Salário Mínimo. _____ ASSINATURA

AVULSO: Desconto de 5% do Salário Mínimo. _____ ASSINATURA

Sócio Usuário: Desconto de 15% do Salário Mínimo. _____ ASSINATURA

AFASTADO: Desconto de 5% do Salário Mínimo. _____ ASSINATURA

APOSENTADO _____ ASSINATURA

Se a idade do associado for inferior a 18 anos é necessária a assinatura de pai/mãe ou responsável:

Nome do pai/mãe ou responsável: _____

RG: _____

ASSINATURA

_____ de _____ de 20__

DEPENDENTES (PAI E MÃE) OU (ESPOSA E FILHOS)

Dependente 1:

Nome Completo: _____ Pai Mãe Conjuge Filho

Celular: E-mail: _____ Grau de Parentesco: _____ Dt. Nascimento (Ex. 251270) -

CPF:

Dependente 2:

Nome Completo: _____ Pai Mãe Conjuge Filho

Celular: E-mail: _____ Grau de Parentesco: _____ Dt. Nascimento (Ex. 251270) -

CPF:

Dependente 3:

Nome Completo: _____ Pai Mãe Conjuge Filho

Celular: E-mail: _____ Grau de Parentesco: _____ Dt. Nascimento (Ex. 251270) -

CPF:

Dependente 4:

Nome Completo: _____ Pai Mãe Conjuge Filho

Celular: E-mail: _____ Grau de Parentesco: _____ Dt. Nascimento (Ex. 251270) -

CPF:

Dependente 5:

Nome Completo: _____ Pai Mãe Conjuge Filho

Celular: E-mail: _____ Grau de Parentesco: _____ Dt. Nascimento (Ex. 251270) -

CPF:

Quero aderir ao MetalSaúde - Sistema Pré-Pago

Nº 1 - Médico e Odontológico Familiar Nº 3 - Médico e Odontológico Individual
Nº 2 - Odontológico Familiar Nº 4 - Odontológico Individual

Quantidade de dependentes extras (maiores de 18 anos) a incluir neste serviço: _____
*Consultar Regulamento nas Secretarias do SMC

Autorizo o desconto, em minha folha de pagamento, referente à compra de créditos na opção Nº ____ desta proposta

Assinatura: _____ Data ____/____/____

Autorização de serviços:

Autorizo meus dependentes, abaixo relacionados (maiores de 18 anos), a contrair e assumir débitos em meu nome dos serviços e convênios oferecidos pelo Sindicados dos Trabalhadores Metalúrgicos da Grande Curitiba.

Nome

CPF

Nome

CPF

Assinatura: _____ Data ____/____/____

Obs.: _____