

SINDICATO DOS TRABALHADORES EM TRANSPORTES RODOVIÁRIOS DE BELO HORIZONTE COM BASE TERRITORIAL EM:
Baldim, Barão de Cocais, Belo Horizonte, Bom Jesus do Amparo, Caeté, Capim Branco, Carmésia, Conceição do Mato Dentro, Funilândia, Ibirité, Jaboticatubas, Matozinhos, Morro do Pilar, Nova Lima, Nova União, Passabém, Prudente de Moraes, Raposos, Rio Acima, Santana do Riacho, Santo Antônio do Rio Abaixo, São Gonçalo do Rio Abaixo, São Sebastião do Rio Preto, Taquaraçu de Minas .

PROPOSTA PARA SÓCIO

RESPONSÁVEL:

MATRÍCULA:

O Abaixo Assinado, desejando fazer parte deste sindicato como sócio contribuinte requer sua inscrição para o que declara:

Nome:		CPF:	
Profissão:		Naturalidade:	
Data de Nasc.:	Estado civil:		Whatsapp:
Endereço:			Nº
Bairro:	Cidade:		CEP:
Empresa:			CNPJ:
Trabalho na Profissão - Há:			Salário:
Cart. M. de Trabalho:		Série:	VENC. CNH :
Carteira de Identidade:	E-mail:		
Pai:			
Mãe:			
Cônjuge:			

Declaro que trabalho dentro da base territorial do Sindicato e autorizo que minhas mensalidades sociais a crédito do Sindicato, existindo relação de desconto em folha na empresa em que trabalho. também, seja descontadas em folha de pagamento como estabelece o artigo 545 da C.L.T.

Declaro Também ao ser admitido no Sindicato' submeter as normas estatutárias da entidade e cumprir os estatutos do Sindicato.

Belo Horizonte, _____ de _____ 20_____

Ao preencher este formulário você concorda com o uso dos dados conforme a Lei 13.709/2018

Assinatura do Candidato	Coordenador Administrativo

Eu, _____
matrícula nº _____ autorizo, a este sindicato proceder o
desconto da minha mensalidade na folha de pagamento, a partir do mês de _____
através do meu empregador.

Assinatura do Candidato	Coordenador Administrativo

Deseja contratar assistência funeral para dependentes com desconto em folha?

☐ SIM

☐ NÃO

Ass: _____

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO DE MENSALIDADE EM FOLHA

Eu, _____
Nome do Sócio
matrícula nº _____ autorizo, a este sindicato proceder o desconto da minha mensalidade na folha de pagamento, a partir do mês de _____ através do meu empregador.

Este desconto e o seu valor devido recolhimento, deve obedecer o que dispõe o artigo 545 e seu parágrafo, da C.L.T., além de decisões de AGES- assembleias gerais extraordinárias.

A inclusão de dependentes será feita apenas mediante a apresentação da carteira de identidade, certidão de nascimento, certidão de casamento e uma foto 3x4 de cada dependente.

DEPENDENTES

NOME	DATA NASC.	CPF	IDENT

ADESÃO AO PLANO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL PARA DEPENDENTES

O STTRBH DISPONIBILIZA AOS TRABALHADORES ASSOCIADOS, A OPÇÃO DE INCLUIR OS SEUS DEPENDENTES NO PLANO ASSISTÊNCIA FUNERAL DA ZELO, SOB UM CUSTO DE R\$ 9,90 (NOVE REAIS E NOVENTA CENTAVOS) MENSAIS POR DEPENDENTES COM DESCONTO EM FOLHA.

NOME	DATA NASC.	CPF	IDENT