



Sindicato dos Empregados Vendedores Viajantes e Pracistas do Comércio no Estado do Rio de Janeiro

FUNDADO EM 12 DE DEZEMBRO DE 1933

Reconhecido como de Utilidade Pública pela Lei n.º 212 de 6 de Dezembro de 1978

BASE TERRITORIAL: TODO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

(Sede Própria) Rio de Janeiro: Av. Presidente Vargas, 583 – 21.º Andar – Salas 2102/9 – Centro – Cep 20071-003

Tel: Séc. 2221-8919 2224-7495 Tes. 2221-2688 Pres. 2221-2096 Dep. Jurídico 2252-8928 Fax.: 2221-5164

(Sede Própria) Delegacia Sindical: Niterói: Av. Amarel Peixoto, 467 – 10.º Andar S/1007 – Niterói – RJ. - - Cep 24020-072 – Tel.: 2620-9271

(Sede Própria) Sede Campestre: Est. Municipal Adam Brumer, 9.130 – Santo Aleixo – Magé – Cep 25920-000 – Tel.: 2630-1062 / 2630-1063

Secretaria = E-mail: contato@sindicatodosvendedoresrj.com.br Tesouraria = E-mail: financeiro@sindvenrio.org.br

Site: www.sindicatodosvendedoresrj.com.br

Proposta - Requerimento

MATRÍCULA N.º _____

Sr. Presidente do Sindicato dos Empregados Vendedores Viajantes e Pracistas do Comércio no Estado do Rio de Janeiro

O abaixo assinado, em face das declarações constantes deste requerimento, pelas quais se responsabiliza, vem mui respeitosamente solicitar a V. S., se digne admiti-lo no quadro social desse Sindicato, comprometendo-se outrossim, cumprir não só os Estatutos como as demais deliberações do Sindicato.

Preencher com letra de Impressa

Nome: _____

Residência _____ Tel. _____

(rua, n.º, bairro, cidade, CEP)
Nacionalidade _____ Estado _____

Filho de _____ Vivo? _____

e de _____ Viva? _____

Idade _____ anos, nascido em _____ de _____ de 19 _____

Estado Civil _____ Nome do Cônjuge _____

CARTEIRA PROFISSIONAL N.º _____ SÉRIE _____ C P F _____

Cert. de Nasc. n.º _____ Liv. _____ Fls. _____ Data do Reg. _____ / _____ / _____

Cert. de Cas. n.º _____ Liv. _____ Fls. _____ Data do Reg. _____ / _____ / _____

Certif. de Reservista. n.º _____ Categoria _____ Região _____

CART. DE IDENTIDADE N.º _____ ÓRGÃO EXPEDIDOR _____ Cart. De Estr. n.º _____

Título de Eleitor n.º _____ Zona _____ Seção _____

Firma: _____ Admitido em: _____ / _____ / _____

Endereço: _____ Tel.: _____

(rua, n.º, bairro, cidade, CEP)

Cargo: _____ Tempo de Profissão _____

Obs.: Na apresentação desta proposta deve ser efetuado o pagamento correspondente a 3 mensalidades, bem como anexar 4 fotografias 3x4.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____

Mat. _____

Sócio Proponente

Assinatura do Proposto

Pago Tesouraria R\$ _____	Aprovado em reunião de Diretoria Em _____ de _____ de _____ _____ Presidente
Recibo n.º _____ em _____ / _____ / _____	
_____ Tesoureiro	
Reg. Secretaria n.º _____ _____ Secretaria	

Obs.: _____

Prezado associado, colabore para o engrandecimento do seu Sindicato, propondo um companheiro de trabalho para o nosso Quadro Social

Veja no verso dessa Proposta alguns dos benefícios prestados pelo Sindicato aos seus associados e dependentes.

BENEFÍCIOS

I – Após 3 meses de efetividade:

- a) Sócio: Assistência Jurídica (Trabalhista).
- b) Sócio e Dependentes: ASSISTÊNCIA MÉDICA (Clínica Geral, Ginecologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Cardiologia, Odontologia, Urologia, Dermatologia, Eletrocardiograma, Exames de Laboratório).

II – Após 2 anos de efetividade:

- a) Sócio Participação do Sorteio de Bolsas de Férias: Auxílio Funeral por morte natural, no valor de dois Salários Mínimos por ocasião do óbito. (quando admitido com idade inferior a 55 anos).
- b) Esposa ou Companheira Assistência Pré-Natal (Obstetria).
- c) A Viúva (enquanto permanecer nesta condição) e os dependentes, continuam com os mesmos direitos excetuando Sorteio de Bolsa de Férias e Auxílio Funeral.

III – São Considerados Dependentes:

- a) Esposa
- b) Companheira, quando como tal devidamente anotada na Carteira Profissional
- c) Filho(s) menores de 18 anos (solteiros) e filha(s) menores até 21 anos (solteiras)
- d) Mãe, quando comprovadamente não seja segurada de INSS ou qualquer Caixa de Previdência.

SÓ SERÃO CONSIDERADOS SÓCIOS APOSENTADOS, FICANDO ISENTO DO PAGAMENTO DE MENSALIDADES, O ASSOCIADO QUE TIVER CONTRIBUÍDO DURANTE 10 (DEZ) ANOS COMO SÓCIO EFETIVO SEM INTERRUPÇÃO.

O ASSOCIADO, MESMO APOSENTADO, QUE CONTINUAR OU VOLTAR A TRABALHAR, FICARÁ OBRIGADO A PAGAR AS MENSALIDADES.

As anuidades pagas até o último dia do mês de março, gozam do desconto de 10% .

O Sindicato só mantém cobradores externos para firmas que descontem em folha de pagamento as mensalidades.

RELAÇÃO DOS DOCUMENTOS PARA SE ASSOCIAR

VALOR DA MENSALIDADE: R\$-15,00

NO ATO DA INSCRIÇÃO PAGAR 3 MENSALIDADES

1 – TITULAR

CARTEIRA PROFISSIONAL ASSINADA

2 FOTOS 3X4 - (SOLTEIRO)

3 FOTOS 3X4 - (CASADO OU ASSEMELHADO)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO

2 – DEPENDENTES:

CERTIDÃO DE CASAMENTO

2 FOTOS 3X4 (ESPOSA E/OU COMPANHEIRA)

2 FOTOS 3X4 (FILHOS MAIORES DE 5 ANOS) E CERT. NASCIMENTO

OBSERVAÇÃO:

No caso de inscrição de companheira deverá ser apresentada Certidão de Dependência Econômica fornecida pelos Cartórios.

Não esquecer de preencher a proposta corretamente colocando o bairro, a cidade, o CEP e o telefone residencial.