



SINDICATO INTERESTADUAL DOS TRABALHADORES EM EMPRESAS DE LOCAÇÃO DE BENS MÓVEIS E ASSISTÊNCIA TÉCNICA DOS ESTADOS DO RIO DE JANEIRO, SÃO PAULO E ESPÍRITO SANTO – SINTALOCAS

Rua Senador Dantas 117 Sala 721 e 725 – Centro Rio de Janeiro / RJ - CEP 20031-911

CNPJ Nº 72.343.569/0001-60 – Cód. Sindical 000.000.89447-8

(21) 2510-3351 / 2510-3150 / 2262-0385

E-mail: sintalocas@sintalocas.org.br / homologacoes@sintalocas.org.br – Site: www.sintalocas.org.br

PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

Consir nº _____

Nome do Associado: _____

CTPS: nº _____ Série: _____ CPF: _____

O associado (a) ao **SINTALOCAS** fará a utilização da Prestação de Serviço de Assistência Médica conveniada com a **LUSI-BRÁS LTDA**, nos seguintes termos:

- 1) Farão jus ao Prestação de Serviço de Assistência Médica o associado e seus dependentes em dia com suas prestações mensais;
- 2) O associado (a) poderá incluir sem acréscimos da mensalidade associativa, até o limite de 05 (cinco) dependentes, com as seguintes especificações:
 - a) Cônjuge ou Companheiro (a)
 - b) Filhos (as) menores de 18 (dezoito) anos
- 3) O associado (a) poderá mediante pagamento de taxa mensal equivalente a 50% do valor da mensalidade, por cada inclusão, no máximo 03 (três) dependentes, tais quais:
 - a) Pai
 - b) Mãe
 - c) Filhos (as) maiores de 18 (dezoito) anos, sobre sua dependência econômica.
- 4) O associado (a) que ficar inadimplente por mais de 30 (trinta) dias, terá a prestação de serviço de assistência médica, suspensa ou extinta.
- 5) O associado e seus dependentes terão os seguintes direitos:
 - Consultas médicas grátis: Alergologia, Cardiologia, Clínica Médica, Dermatologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Neurologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Pediatria, Psiquiatria, Puericultura Reumatologia e Urologista;
 - Alguns exames grátis: Laboratoriais e Raio X (Relação no nosso site).

Em todas as clínicas da LUSI-BRÁS e clínicas conveniadas e os locais de atendimento são aqueles constantes de Relação fornecidas pela LUSI-BRÁS (ver no nosso site: www.sintalocas.org.br) e poderão ser modificadas sem aviso prévio.

- 6) Deverá relacionar e apresentar uma cópia dos documentos do associado (a) e do seu (s) dependente (s), tais:

Associado

Dependente

- CTPS das Páginas:

- Identidade ou Certidão Nascimento

. Foto, Qualificação Civil e Contrato de Trabalho

- CPF

- Cartão do PIS ou Cartão Cidadão

- Identidade e CPF

- Comprovante de Residência (último)

- 1 (uma) foto

- 7) O associado declara que estar ciente que o valor da mensalidade se refere à taxa associativa ao SINTALOCAS e que a Prestação de Serviços de Assistência Médica é um dos benefícios ofertados, não gerando, neste caso, direito adquirido.

- 8) Assim sendo, declara o associado (a), estar de acordo com termos de uso da Prestação de Serviço de Assistência Médica.

Ciente e de Acordo

Rio de Janeiro ____ / ____ / ____

Assinatura: _____

Trabalhamos por um bem maior, nem tudo que é simples é necessariamente fácil. Participe!



SINDICATO INTERESTADUAL DOS TRABALHADORES EM EMPRESAS DE LOCAÇÃO DE BENS MÓVEIS E ASSISTÊNCIA TÉCNICA DOS ESTADOS DO RIO DE JANEIRO, SÃO PAULO E ESPÍRITO SANTO – SINTALOCAS

Rua Senador Dantas 117 Sala 721 e 725 – Centro Rio de Janeiro / RJ - CEP 20031-911

CNPJ Nº 72.343.569/0001-60 – Cód. Sindical 000.000.89447-8

(21) 2510-3351 / 2510-3150 / 2262-0385

E-mail: sintalocas@sintalocas.org.br / homologacoes@sintalocas.org.br – Site: www.sintalocas.org.br

FICHA DE FILIAÇÃO

Consir nº _____

ASSOCIADO: _____

E-MAIL: _____ DATA NASC.: ____ / ____ / ____

ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____

MUNICÍPIO: _____ ESTADO: _____ CEP: _____ ESTADO CIVIL: _____

CTPS: _____ SÉRIE: _____ RG: _____ PIS: _____ CPF: _____

TEL RES.: _____ TEL COM: _____ CELULAR: _____ / _____

NOME DA MÃE: _____

NOME DO PAI: _____

NOME DA EMPRESA: _____ Consir nº _____

CARGO/FUNÇÃO: _____ CNPJ DA EMPRESA: _____

DEPENDENTES SEM ACRÉSCIMO DA MENSALIDADE MENSAL

1) NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ GRAU DE PARENTESCO: _____

2) NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ GRAU DE PARENTESCO: _____

3) NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ GRAU DE PARENTESCO: _____

4) NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ GRAU DE PARENTESCO: _____

DEPENDENTES COM ACRÉSCIMO DA MENSALIDADE MENSAL

5) NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ GRAU DE PARENTESCO: _____

6) NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ GRAU DE PARENTESCO: _____

7) NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ GRAU DE PARENTESCO: _____

Eu **CONCORDO E AUTORIZO** os descontos relacionados abaixo:

- Da Contribuição Sindical;

- Da mensalidade de 3,50% sobre o Piso da Categoria, conforme a Convenção Trabalhista;

- Contribuição Confederativa 2% sobre salário base e nos meses janeiro e julho (cada) e Assistencial de 50% do reajuste salarial no mês seguinte ao reajuste.

Conforme opção abaixo:

() Enviar o boleto de pagamento mensal p/ o meu e-mail.

() O Desconto da folha de pagamento mensal a favor do SINTALOCAS.

Ciente e de Acordo

DATA ____ / ____ / ____

ASSINATURA: _____

Trabalhamos por um bem maior, nem tudo que é simples é necessariamente fácil. Participe!