

FICHA DE SINDICALIZAÇÃO E DE REPRESENTADO CONTRIBUINTE

Junte-se ao SINTIBREF/DF!

Ao se sindicalizar, você fortalece nossa capacidade de valorizar o trabalho de cada profissional. Nossa missão é fortalecer a negociação coletiva e garantir benefícios para você e sua família, promovendo o bem-estar social. Agimos com responsabilidade, ética e transparência, inspirando a solidariedade e o respeito em todas as nossas ações. Faça parte e faça a diferença!

PARA USO DO SINTIBREF/DF

1. DADOS DO TRABALHADOR E DA EMPRESA

DADOS DO TRABALHADOR REPRESENTADO:

Nº do Sindicalizado: _____

Sindicalizou-se em: _____

Desligou-se em: _____

NOME COMPLETO: _____

CPF: _____ DATA NASC.: _____ RG: _____

SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____ NOME DA MÃE: _____

E-MAIL: _____ TEL.FIXO: () _____ CELULAR: () _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

CEP: _____ FUNÇÃO/PROFISSÃO: _____

DADOS DA INSTITUIÇÃO EMPREGADORA: NOME:

CNPJ: _____ ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

CEP: _____ TEL.FIXO: () _____

2. ESCOLHA DA CATEGORIA DE REPRESENTAÇÃO

Marque a(s) opção(ões) de categoria para a qual deseja aderir:

☐ **Sindicalizado** (Empregado ativo ou aposentado que se filia e contribui, com direito a voto e candidatura.)

☐ **Contribuinte** (Empregado ativo que contribui para usar os serviços e benefícios do sindicato, sem direito a voto.)

A adesão a qualquer categoria autoriza a cobrança da contribuição pecuniária anual e exige a assinatura de um Termo de Adesão específico.

3. BENEFÍCIOS OPCIONAIS

Marque a(s) opção(ões) desejada(s). A adesão a esses benefícios será finalizada com a assinatura de um Termo de Adesão. Um representante entrará em contato para mais detalhes.

VALOR MENSAL

☐ **CLUBE + BENEFÍCIOS - R\$ 45,00** (Descontos e ofertas em rede credenciada LAZER, SAÚDE MENTAL, HABITAÇÃO, ETC.)

☐ **FAMÍLIA PROTEGIDA - R\$ 99,90(PROMOCIONAL)** (Proteção familiar complementar)

☐ **PLANO ODONTOLÓGICO FAMILIAR - R\$ 19,98** (Assistência odontológica ampliada por cada dependente)

☐ **CONTRIBUIÇÕES ANUAL** (Cont. Assistencial e ou Cont. Imposto Sindical, garantindo seu Lazer e Sorteios Prêmios)

4. DADOS DOS DEPENDENTES

Preencha os dados de seus dependentes ou agregados. A inclusão em benefícios familiares será validada com a assinatura de um Termo de Adesão e de acordo com a política de cada serviço.

NOME COMPLETO	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	CPF	TELEFONE/E-MAIL

5. BENEFÍCIOS GARANTIDOS PELA CONVENÇÃO COLETIVA (CCT)

Sua confirmação nos ajuda a fiscalizar se o empregador está cumprindo o que a CCT garante a você.

Eu confirmo ser beneficiário, sem custo como titular, dos seguintes benefícios obrigatórios:

☐ Seguro de Vida em Grupo; ☐ Seguro Bem Estar Integral; ☐ Plano Odontológico ☐; Assistência na Homologação TRCTs; ☐ Saúde Preventiva; ☐ Alimentação ou Vale Alimentação; ☐ Anuênio; ☐ Reajuste anual nos salários

Sua instituição empregadora oferece e paga um Plano de Saúde Privado para você? ☐ SIM ☐ NÃO

6. INSTRUÇÕES PARA ENTREGA

Após preencher e assinar este documento:

- **Anexe 1 cópia dos documentos do titular:** Identidade, CPF e comprovante de residência.
- **Anexe 1 cópia dos documentos de cada dependente:** Documento de identidade ou certidão de nascimento. Para cônjuge, inclua certidão de casamento ou declaração de união estável.
- **Entregue** pessoalmente na sede do SINTIBREF-DF (SDS Bloco H, N°26, Sala 602/603 - Ed. Venâncio II) ou envie para o e-mail: info@sintibrefdf.org.br.

OBS: A via original deve ser entregue e arquivada no RH da instituição onde trabalha.

ASSINATURA DO(A) EMPREGADO(A): _____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL SINTIBREF-DF: _____