

Ilmo Sr. Presidente Solicito a esta Diretoria, incluir-me no quadro Social do SAAERJ



SEDE SAAE/RJ - Rua dos Andradas, 96 Gr 802/803 - Centro - RJ - Cep: 20051-002 Tel.: 2516-8868 Fax: 2263-1573

Site: www.saaerj.org.br / Email: saaerj@saaerj.org.br - Email Deptº. Jurídico: juridico@saaerj.org.br

DELEGACIAS SINDICAIS

CAMPOS - Praça São Salvador , 41 sl 1303 Tel.: 22 2723-8021

DUQUE DE CAXIAS - Av. Governador Leonel de Moura Brizola, nº 1995 sala 304 Tel.: 21 2771-7275

FRIBURGO - Praça Demerval Barbosa Moreira, 28 sl 601 Tel.: 22 2522-3804

NITEROI - Rua Visconde do Rio Branco, 305 sl 1202 Tel.: 21 2719-7716

NOVA IGUAÇU - Rua Dr Athaide Pimenta de Moraes, 211 sl 705 Tel.: 21 2668-6812

PETRÓPOLIS - Rua Teresa, 533, loja 07 - Alto da Serra Tel.: 24 2243-8362

VALENÇA - Rua dos Mineiros, 120 sl 205 Tel.: 24 2453-4379

VOLTA REDONDA - Av Amaral Peixoto, 91sl 501 Tel.: 24 3342-4977

MATRICULA:

Nº.

PROPOSTA DE SÓCIO

Nome																		
												Estado Civil			Sexo			
												C	S	V	D	O	M	F
CPF					Identidade					Org Exp			Dt Nascimento					
CTPS				Série		Nacionalidade				Naturalidade								
Filiação																		
Endereço																		
Bairro							Município							UF				
CEP				Cargo						Telefone								
Email																		

DADOS DO ESTABELECIMENTO ONDE TRABALHA

Nome														Codigo
Endereço														
Bairro							Município							UF
CEP				CNPJ				Telefone				Dt de Admissão		
Email														

TIPO DE COBRANÇA

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Desconto em Folha sem Plano de Saúde | <input type="checkbox"/> Boleto Bancário conjunto com ASSIM |
| <input type="checkbox"/> Boleto Bancário conjunto com SAAE-SAUDE | <input type="checkbox"/> Boleto Bancário conjunto com UNIMED |

Eu, abaixo assinado, autorizo a diretoria do SAAER/RJ, a cobrar os encargos do recolhimento (tarifas), e receber do estabelecimento de ensino em que trabalho, a quantia de que trata o artigo 8º do Estatuto do SAAE/RJ de conformidade com o artigo 545 da CLT.

Data

Assinatura

Eu, abaixo assinado, funcionario(a) desta instituição de ensino, autorizo descontar em folha de pagamento, a importância referente a mensalidade social em favor do SAAE/RJ, de conformidade com o artigo 545 CLT e Estatutos de nossa Entidade, só podendo o referido desconto ser cancelado por comunicação escrita pelo sindicato e enviada esta entidade educacional a meu pedido.

ATENÇÃO: ESTA PROPOSTA SERÁ VÁLIDA APÓS APROVAÇÃO PELA DIRETORIA DO SAAE/RJ

Data

Assinatura