



**Sindicato dos Of. Eletricistas e Trab. nas Ind. de Instalação e Manutenção Elétrica, Gás, Hidr., Sanitária, Mecânica e de Telefonia do Rio de Janeiro**

Fundado em 26/04/1932 e adaptado ao Decreto-lei 1.402 por ato do Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio em 16/03/1942  
SEDE PRÓPRIA: Rua Silva Xavier, 90 –Abolição (Ambulatório Médico / Odonto. Auditório e Adm.) Tel.591-8933 Telefax:596-6087  
Av. Venezuela, 27 Salas 321/323 e 719/721 (Dep. Jurídico e Administração) Tel. 263-4581 Telefax: 253-8184  
CGC-MF: 33.748.484/0001-00 INSC.ESTADUAL: 331.570-01 INSS: 06.002.22926-25

**SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE ASSOCIADO SINTRAINDISTAL / LUSI-BRÁS**

TITULAR: \_\_\_\_\_

RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

TEL. TRAB. \_\_\_\_\_ TEL. RESID. \_\_\_\_\_ EST. CIVIL \_\_\_\_\_

IDENTIDADE: \_\_\_\_\_ ÓRGÃO EMISSOR: \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ DATA NASCIMENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOME DA EMPRESA QUE TRABALHA: \_\_\_\_\_

E-MAIL.: \_\_\_\_\_

DEPENDENTES:	DATA NASCIMENTO	GRAU PARENTESCO	VALOR
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

Valor total a pagar com dependentes: \_\_\_\_\_.

( ) Autorizo o desconto da mensalidade do convênio LUSI-BRÁS no meu contracheque. Valor do plano para

( ) Efetuarei o pagamento em uma das sedes do sindicato.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_