

Você já recebeu sua primeira parcela da PLR ?

A **PARTICIPAÇÃO NOS LUCROS OU RESULTADOS (PLR)** poderá ser paga em 02 parcelas iguais sendo a metade deste valor cada uma: a primeira até **30/06/2023** e a segunda até **30/10/2023**, ou, alternativamente, a critério das empresas, numa única parcela até **30/08/2023**.

Confira os valores da PLR Mínima:

→ **Empresas com até 49 empregados:** R\$ 1.149,77

Primeira parcela no valor 574,88 até 30/06/2023

→ **Empresas com mais de 49 empregados:** R\$ 1.277,52

Primeira parcela no valor 638,76 até 30/06/2023

Então, se você é trabalhadora ou trabalhador da Categoria Química e não tem um plano diferenciado e não recebeu a primeira parcela, **denuncie!**

Ligue para o Sindicato!

Entre em contato com a regional do Sindicato mais próxima do seu local de trabalho ou residência:

- Santo André: Rua Senador Fláquer nº 813 – Santo André  4433 5800.
- São Bernardo do Campo: Rua das Tulipas, 48 – Jd. Maria Cecília  4127 2999.
- Diadema: Rua dos Brilhantes, 232 – Jd. Donini  4057 4244.

Ou ainda:  sindicato@quimicosabc.org.br

Conheça seus direitos

Auxílio-creche (Cláusula 20 da CCT)

• Caso não haja creche na empresa, direito a reembolso mensal correspondente ao valor total das despesas havidas com a guarda, vigilância e assistência de filho/filha até o limite máximo de 50% do salário normativo (piso salarial da categoria).

• Empresas com até 49 trabalhadores	
Piso Salarial	R\$ 1.977,36
Auxílio Creche	R\$ 988,68
• Empresas com mais de 100 trabalhadores	
Salário Normativo	R\$ 2.028,32
Auxílio Creche	R\$ 1.041,16

Preencha a ficha abaixo e entregue a um diretor do Sindicato



FICHA PARA NOVO SÓCIO

FICHA PARA RECADASTRAMENTO

Nº DE MATRÍCULA

ASSINALE COM UM X DE ACORDO COM SEU CASO (NOVO SÓCIO OU RECADASTRAMENTO)

É TRABALHADOR TERCEIRIZADO? SIM NÃO

NOME: _____

SEXO: MASCULINO FEMININO

RAÇA: NEGRO BRANCO AMARELO INDÍGENA OUTRA, QUAL? _____

CIDADE EM QUE NASCEU: _____ ESTADO: _____

ESTADO CIVIL: CASADO SOLTEIRO OUTROS

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ CPF: _____

ENDEREÇO: _____ Nº _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

CEP: _____ TEL: _____ E-MAIL: _____

EMPRESA: _____ REGISTRO Nº: _____ SETOR: _____

FUNÇÃO: _____ DATA DE ADMISSÃO NA EMPRESA: ____/____/____

SE É TERCEIRIZADO, QUAL A EMPRESA EM QUE PRESTA SERVIÇO? _____

SANTO ANDRÉ, ____ DE ____ DE _____

ASSINATURA DO NOVO SÓCIO: _____

AUTORIZO O DESCONTO MENSAL DE PERCENTUAL DE 1,5% DO SALÁRIO BASE EM FOLHA DE PAGAMENTO, RELATIVO À MENSALIDADE SINDICAL, DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, BEM COMO COM AS DELIBERAÇÕES DE ASSEMBLEIAS E ME COMPROMETO A COMUNICAR O SINDICATO, SEJA EM CASO DE AFASTAMENTO PELO INSS OU OUTRO MOTIVO, O MEU RETORNO AO TRABALHO PARA O DEVIDO RECADASTRAMENTO. PARA TRABALHADORES TERCEIRIZADOS, A COBRANÇA DAS MENSALIDADES SERÁ FEITA ATRAVÉS DE BOLETO BANCÁRIO.

