



FICHA CADASTRAL DE FILIADOS BENEFICIÁRIOS

INCLUSÃO DE DADOS

ATUALIZAÇÃO DE DADOS

Sindicato dos Empregados das Empresas de Assessoramento, Perícias, Informações e Pesquisas, e das Empresas de Prestação de Serviços a Terceiros, Colocação e Administração de Mão de Obra, Trabalho Temporário, Intermunicipal do Estado do RJ - SINDEAP/RJ

DADOS DO REQUERENTE

*Nome			
*CPF	*RG	*Data de Nascimento	*Estado Civil
*Profissão/Atividade	*Endereço		*Número
Complemento	*Bairro	*Cidade/UF	*CEP
*Telefone Residencial	*Telefone Celular	*E-mail	
*Empresa			

CONTRATOS ATIVOS

<input checked="" type="checkbox"/>	Seguro de Acidentes Pessoais + Assistência Funeral Familiar (titular –R\$ 11.025 MAC, R\$ 11.025 IPA e Cônjuge R\$ 5.512,50 MAC + FUN. FAM R\$ 3.500).
<input type="checkbox"/>	Outros: _____

Solicito minha Filiação ao SINDEAP/RJ na categoria de Filiado Beneficiário do Programa Assistencial Coletivo, ciente que:

- Os direitos dos Filiados Beneficiários do Programa Assistencial Coletivo são LIMITADOS à utilização dos serviços e benefícios disponibilizados pelo SINDEAP/RJ conforme os instrumentos coletivos vigentes, sem direito de requerer convocação, votar e ser votado em Gerais ou em quaisquer outros órgãos deliberativos da entidade. A Diretoria Executiva, e os demais sócios possuem direitos associativos ilimitados à utilização dos serviços e benefícios oferecidos pela entidade e previstos em Estatuto ou resultantes de contratos ou convênios que sejam regularmente firmados pelo SINDEAP/RJ.
- Perda de elegibilidade para continuar ativo no sindicato e utilizar os benefícios e serviços oferecidos pela SINDEAP/RJ, sendo que o cancelamento do Filiado Titular implicará também na exclusão automática de seus dependentes, nada tendo que opor ou reclamar neste.
- Estou ciente que minha filiação somente terá validade após análise e aprovação da Diretoria Executiva, ficando impedido de usufruir de quaisquer benefícios oferecidos pelo SINDEAP/RJ, antes da referida aprovação e de minha filiação a entidade.

Pelo presente termo, sob minha inteira responsabilidade, declaro verdadeiras todas as informações prestadas nesta Ficha Cadastral. Por ser a expressão da verdade e da minha vontade, firmo o presente.

R\$ 0.00 – ISENTAÇÃO DE PAGAMENTO

NÃO CONTIBUTÁRIO

VALOR MENSAL DAS CONTRATAÇÕES DE CONVÊNIO

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO REQUERENTE

(*) Preenchimento Obrigatório. Obs.: Ficha Cadastral com rasuras ou ilegíveis não serão aceitas.

WEBSITE: www.sindeapRJ.org.br | E-mail: sindeapRJ@sindeapRJ.org.br

Telefones: (21) 3629-0333 e 99888-3138 (WhatsApp)