



**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.**

Rua José Clemente, 94, sala 1004 – Centro - Niterói – RJ – CEP: 24020-105

Telefones: (21) 2828-1074 e 99888-3138 (WhatsApp) - www.sindeaprij.org.br – e-mail: sindeaprij@sindeaprij.org.br

**ADESÃO AO PROGRAMA ASSISTENCIAL COLETIVO**

| IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADO |  |         |  |
|----------------------------|--|---------|--|
| NOME COMPLETO:             |  | CPF:    |  |
| DATA DE NASCIMENTO:        |  | RG:     |  |
| TELEFONES:                 |  | E-MAIL: |  |
| EMPRESA:                   |  | CNPJ:   |  |

- 1 - Para inclusão na apólice de seguro, é obrigatório o envio da ficha de adesão preenchida pelo empregado(a), sendo de responsabilidade do empregado o correto preenchimento, com a indicação do beneficiário;
- 2 - O empregado estará coberto pela apólice de seguro após 4 meses contados da data do recebimento da ficha de adesão pelo Sindicato;
- 3 - O Sindicato não terá qualquer responsabilidade, caso a Seguradora se recuse a pagar os prêmios na ocasião de sinistro;
- 4 - Por se tratar de uma apólice de seguro coletiva, o beneficiário padrão é o cônjuge. Contudo, se o titular da apólice (empregado) desejar, ele poderá alterar o beneficiário através do link abaixo:  
[https://vida.paas.sulamerica.com.br/login?utm\\_source=Login+Segurado+Seguro+Vida&utm\\_medium=botao&utm\\_campaign=logind+o+espaco+do+cliente+portal+institucional+](https://vida.paas.sulamerica.com.br/login?utm_source=Login+Segurado+Seguro+Vida&utm_medium=botao&utm_campaign=logind+o+espaco+do+cliente+portal+institucional+)
- 5 - O Seguro Funeral Familiar é pago pela Seguradora em forma de reembolso, mediante a apresentação da Nota Fiscal;
- 6 - Caso o empregado ou a empresa deixe de efetuar o pagamento devido pelo Programa Assistencial Coletivo, o empregado será imediatamente excluído da apólice de seguro, o que impedirá o empregado de receber os benefícios presentes na apólice de seguro e os demais benefícios pagos pelo sindicato.

|                       |  |                     |  |
|-----------------------|--|---------------------|--|
| NOME DO BENEFICIÁRIO: |  | GRAU DE PARENTESCO: |  |
| CPF Nº:               |  | DATA DE NASCIMENTO: |  |

**Os benefícios previstos na Convenção Coletiva, não estão previstos na legislação vigente, sendo um Programa Assistencial Coletivo mantido pelo SINDEAP/RJ, que têm como objetivo, ajudar os empregados e seus dependentes na ocorrência de diversos eventos. São vários auxílios pagos em espécie, além dos Convênios com farmácias, óticas, faculdades e pousadas; Cadastro da Empresa junto ao SESC; Seguro de Vida e Auxílio Funeral para o titular e dependente.**

|     |                     |  |
|-----|---------------------|--|
| ( ) | <b>AUTORIZO</b>     | Autorizo prévia e expressamente, ao meu empregador, o desconto da Contribuição Social mensal de R\$15,00, em prol do SINDEAP/RJ, de forma contínua, nos moldes do Artigo 545, garantindo o recebimento dos benefícios previstos na Convenção Coletiva de Trabalho vigente, inclusive os benefícios previstos no <b>Programa Assistencial Coletivo</b> mantido pelo SINDEAP/RJ. |
| ( ) | <b>NÃO AUTORIZO</b> | Declaro estar ciente que, não autorizando o desconto da Contribuição Social, estou renunciando imediatamente ao recebimento de todos os benefícios e dos auxílios, previstos na cláusula Programa Assistencial Coletivo da CCT vigente, bem como toda e qualquer assistência prestada pelo Sindicato, inclusive jurídica e técnica.  |

Obrigatório o envio para o RH da empresa, com cópia ao SINDEAP/RJ, para acesso aos convênios.  
e-mail: [sindeaprij@sindeaprij.org.br](mailto:sindeaprij@sindeaprij.org.br) e (21) 99888-3138 (WhatsApp)

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

## TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

**SINDEAP/RJ**, portador do CNPJ 36.482.693/0001-43, com sede a Rua José Clemente, 94 sala 1004 – Centro – Niterói/RJ – CEP: 24020-105, doravante denominado(a) **SINDICATO**., e o Funcionário contribuinte conforme a ficha em anexo, denominado **CONTRIBUINTE**;

### PARÁGRAFO PRIMEIRO - DO CONSENTIMENTO

Ao assinar este termo o **CONTRIBUINTE** concorda que o **SINDICATO**, proceda com o **tratamento** dos seus dados.

Entende-se por tratamento de acordo com o artigo 5º inciso X, a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.

### PARÁGRAFO SEGUNDO - DADOS PESSOAIS

Poderão ser tratados mediante anuência expressa do contribuinte os seguintes dados pessoais, pelo(a) controlador(a):

- Nome, endereço, RG, CPF, data de nascimento, e-mail, endereço, empresa em que trabalha, função, data de admissão, salário base e telefone.

### PARÁGRAFO TERCEIRO - FINALIDADE DO TRATAMENTO e COMPARTILHAMENTO DE DADOS

Em atendimento ao artigo 8º §4 este termo guarda finalidade determinada, sendo que os dados serão utilizados especificamente para fins de:

- Cadastro e emissão da carteirinha e apólice de seguro e carteirinha da Seguradora SulAmérica;
- Cadastro nos portais de atendimento dos convênios firmados pelo SINDICATO;
- Emissão da carteirinha do SINDICATO, e
- Envio da ficha de autorização do CONTRIBUINTE para o RH da empresa efetuar o desconto.

O SINDICATO fica autorizado a compartilhar os dados pessoais do(a) CONTRIBUINTE conforme descrição acima, observados os princípios e as garantias estabelecidas pela Lei nº 13.709, de 2018. 5.2.

### PARÁGRAFO QUINTO - SEGURANÇA DOS DADOS

O SINDICATO responsabiliza-se pela manutenção de medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito.

### PARÁGRAFO SEXTO – REVOGAÇÃO

Este consentimento poderá ser revogado pelo **CONTRIBUINTE**, a qualquer momento, mediante solicitação via e-mail ou correspondência ao **SINDICATO**.

Local, data.

\_\_\_\_\_  
SINDICATO

\_\_\_\_\_  
CONTRIBUINTE

| AUXÍLIOS   |           |
|--|-----------|
| AUXÍLIOS PAGOS PELO SINDICATO                      | VALOR     |
| CESTA BÁSICA                                       | 250,00    |
| CAPACITAÇÃO  | 150,00    |
| DOENÇA   | 375,00    |
| MATRIMÔNIO   | 150,00    |
| NATALIDADE   | 150,00    |
| RENDA FAMILIAR                                     | 650,00    |
| PRÊMIOS PAGOS PELA SEGURADORA                      |           |
| FUNERAL TITULAR – MORTE ACIDENTAL                  | 11.025,00 |
| FUNERAL DEPENDENTE - MORTE ACIDENTAL CÔNJUGE       | 5.512,50  |
| SEGURO FUNERAL FAMILIAR                            | 5.000,00  |
| INVALIDEZ TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DO TITULAR | 11.025,00 |

**REDE DE CONVÊNIOS – Acesse [www.sindeaprij.org.br](http://www.sindeaprij.org.br) – seção convênios**

