



**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.sindeapRJ.org.br – e-mail: sindeapRJ@sindeapRJ.org.br

ADESÃO AO PROGRAMA ASSISTENCIAL COLETIVO

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

1 – A cobertura da apólice de seguro será de 4 meses a partir da data do envio da ficha cadastral abaixo por parte do empregado ao Sindicato através do e-mail sindeapRJ@sindeapRJ.org.br;

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, poderá solicitar junto ao Sindicato o formulário próprio para alteração junto a Seguradora;

5 – O Seguro Funeral Familiar é pago pela Seguradora em forma de prestação de serviço ou 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:	
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.

()	Autorizo	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 Programa Assistencial Coletivo mantido pelo SINDEAP/RJ, Assistência técnica e jurídica do SINDEAP/RJ.
-----	-----------------	--

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

Assinatura: _____ Data: _____



FICHA CADASTRAL DE SÓCIOS BENEFICIÁRIOS

☐

INCLUSÃO DE SÓCIOS

☐

ATUALIZAÇÃO DE DADOS

Sindicato dos Empregados de Agentes Autonomos e em Empresas de Assessoramento, Pericias, Informacoes e Pesquisas, 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	

CONTRATOS ATIVOS

☐	Seguro de Acidentes Pessoais + Assistência Funeral Familiar (titular – R\$ 12.164 MAC, R\$ 12.164 IPA e Cônjuge R\$ 12.164 MAC + FUN. FAM R\$ 5.000).
☐	Outros: _____

Solicito minha Associação ao SINDEAP/RJ na categoria de Associado Beneficiário, ciente que:

- Os direitos dos Associados Beneficiários são LIMITADOS à utilização dos serviços e benefícios disponibilizados pelo SINDEAP/RJ e concedidos a Diretoria Executiva, possuindo direitos associativos limitados 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, sem direito de requerer convocação, votar e ser votado em Gerais ou em quaisquer outros órgãos deliberativos da entidade.
- Perda de elegibilidade, para continuar ativo nos benefícios e serviços oferecidos pelo SINDEAP/RJ, sendo que o cancelamento do Associado 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.

NÃO CONTIBUTÁRIO

VALOR MENSAL DAS CONTRATAÇÕES DE CONVÊNIOS

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

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

SINDEAP/RJ, portador do CNPJ 36.482.693/0001-43, com sede a Rua General Andrade Neves, 9 salas 720/721 – Centro – Niterói/RJ – CEP: 24020-000, 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	12.164,00
FUNERAL DEPENDENTE - MORTE ACIDENTAL CÔNJUGE	12.164,00
SEGURO FUNERAL FAMILIAR – MORTE NATURAL OU ACIDENTAL – Prestação de Serviço Funeral ou Reembolso mediante NFs.	5.000,00
INVALIDEZ TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE DO TITULAR	12,164,00

Desconto de medicamentos

*Limite de idade do Segurado Principal é de 70 anos de idade na adesão do produto.

REDE DE CONVÊNIOS – Acesse www.sindeaprij.org.br – seção convênios

