

Ficha Social 000003565

Nome: ***** TESTES *****

CPF: 111.111.111-11 Matrícula: 477

Identidade: 123456

Natural: DIVINOPOLIS

Data de Nascimento: 01/01/2007

Filiação - Mãe: *

Pai: *

Endereço: TESTE, 258

Bairro: TESTE

Cidade: DIVINOPOLIS

CEP: 35.500-177

Tel. Residencial: (0)34315265

Celular: (0)999361353

E-mail: teste@teste.com.br

Contratante: Sind Trab Mun

Situação: () Contratado () Efetivo

Salário: 0,00

Dependente:

Associado

Funcionário

TERMO DE FILIAÇÃO

O(A) servidor(a) acima identificado(a), por livre e espontânea vontade, com fundamento no art. 8º, da CRFB/1988, e no Estatuto Social do SINTRAM, formaliza sua filiação ou a ratifica perante o SINTRAM – SINDICATO DOS TRABALHADORES MUNICIPAIS DE DIVINÓPOLIS E DA REGIÃO CENTRO-OESTE DE MINAS GERAIS, inscrito no CNPJ/MF sob o n.20.931.218/0001-77 e registrado no MTE sob o n. 24000-003774-90-07, aderindo ou ratificando sua adesão ao Estatuto Social do SINTRAM e eventuais alterações posteriores, concordando com os seguintes termos: 1. O(A) servidor(a) acima identificado(a), filiado(a) ao SINTRAM, por livre e espontânea vontade autoriza o encaminhamento mensal a seu empregador do valor da mensalidade sindical, fixada pelo Estatuto do SINTRAM, para que seja descontada em sua folha de pagamento e que seja efetuado o respectivo repasse em favor do SINTRAM. 2. O(A) filiado(a) acima identificado(a), por livre e espontânea vontade, declara ciência que, a qualquer momento, pode solicitar formalmente sua exclusão do rol de associados do SINTRAM, bem como que será excluído do SINTRAM se for excluído dos quadros da administração pública municipal, exceto se aposentado(a) de cargo efetivo. O(A) filiado(a), titular de cargo efetivo, que se aposentar pelo Regime Geral da Previdência Social pode permanecer filiado(a) ao SINTRAM. 3. O(A) filiado(a) acima identificado(a), por livre e espontânea vontade, declara ciência que, enquanto associado ao sindicato, poderá, voluntariamente, aderir através de instrumento(s) próprio(s) e usufruir, onerosamente, dos convênios oferecidos pelo SINTRAM (planos de saúde médico, odontológico, seguro de vida, cartão SINTRAMCARD, etc.), comprometendo-se pelo pagamento do(s) valor(es) alusivo(s) ao(s) respectivo(s) convênio(s) que aderir, mediante o desconto em sua folha de pagamento em favor do SINTRAM. 4. O(A) filiado(a) acima identificado(a), por livre e espontânea vontade, declara ciência que deve estar sempre quite com as obrigações financeiras aferidas através dos convênios oferecidos pelo SINTRAM e com a contribuição sindical mensal e que a sua exclusão do rol de associados do SINTRAM implica na sua exclusão do(s) convênio(s) aderido(s), bem como na exclusão de seu(s) dependente(s) e/ou agregado(s). 5. O(A) filiado(a) acima identificado(a), por livre e espontânea vontade, autoriza o encaminhamento mensal a seu empregador e o desconto em sua folha de pagamento do(s) valor(es) da(s) mensalidade(s) e seu(s) complemento(s) quando houver, bem como da(s) utilização(ões) (coparticipação) do(s) convênio(s) eventualmente aderido(s) por si e/ou por seu(s) dependente(s) legal(is) ou econômico(s) e/ou agregado(s) ou outro valor encaminhado, sob qualquer título, encaminhado pelo Sindicato ao empregador e respectivo(s) repasse(s) do(s) valor(es) descontado(s) ao SINTRAM. 6. O(A) filiado(a) acima identificado(a), por livre e espontânea vontade, declara ciência que na eventualidade de não haver saldo/margem suficiente para cobrir os valores a serem descontados em folha de pagamento, não ocorrendo o desconto no contracheque ou não sendo possível o encaminhamento dos valores à folha de pagamento ou pagamento parcial (desconto parcial) ficará em débito com o Sindicato e é obrigado(a) a pagar/reembolsar o SINTRAM todo o débito não descontado em sua folha de pagamento (SALDO NEGATIVO). 7. O(A) filiado(a) acima identificado(a), por livre e espontânea vontade, autoriza o SINTRAM a emitir boleto(s) bancário(s) de cobrança dos valores devidos não descontados em sua folha de pagamento (SALDO NEGATIVO) e se obriga, o(a) filiado(a), a retirar o boleto para pagamento do débito (SALDO NEGATIVO) na sede do SINTRAM até o dia 15 do mês. 8. Declara ciência que se não promover o pagamento da dívida e/ou do boleto, que ao seu débito será acrescido multa de 2% (dois por cento), juros de 1% (um por cento) ao mês e correção pelo fator de atualização monetária fornecida pelo Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, além de todas as despesas com a cobrança e que poderá ser penalizado na forma do Estatuto do SINTRAM. 9. O(A) filiado(a) acima identificado(a) declara ter sido devidamente orientado(a) pelo SINTRAM quanto aos direitos, deveres e benefícios de integrar o rol de filiados do SINTRAM, bem como que a partir da aceitação voluntária desse termo, está devidamente incluído(a) no rol de associados do SINTRAM e apto(a) a aderir e gozar

Ficha Social 000003565

Nome: ***** TESTES *****

CPF: 111.111.111-11 **Matricula:** 477

Identidade: 123456

Natural: DIVINOPOLIS

Data de Nascimento: 01/01/2007

Filiação - Mãe: *

Pai: *

Endereço: TESTE, 258

Bairro: TESTE

Cidade: DIVINOPOLIS

CEP: 35.500-177

Tel. Residencial: (0)34315265

Celular: (0)999361353

E-mail: teste@teste.com.br

Contratante: Sind Trab Mun

Situação: () Contratado () Efetivo

Salário: 0,00

de todos os benefícios e vantagens que o Sindicato ofereça. 10. O(A) filiado(a) acima identificado(a), por livre e espontânea vontade, declara ciência que o SINTRAM poderá regulamentar a utilização dos convênios, bem como aditar, rescindir e aderir a novo(s) convênio(s) a serem ofertados ao rol de filiados, disponibilizando todas as informações/comunicações por meio do sítio (<https://sintramdiv.org/>). 11. O(A) filiado(a) acima identificado(a) declara ciência que integra o presente termo o ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS, NA FORMA DA LEI N. 13.709/2018 e que o referido anexo é disponibilizado, pelo SINTRAM, no sítio (<https://sintramdiv.org/>). 12. O(A) filiado(a) acima identificado(a) declara, sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são verdadeiras e de sua inteira responsabilidade.

Local e data: _____, ____ de _____ de _____

Assinatura: _____

No caso de identificação por impressão digital, em conjunto, deve assinar um procurador acompanhado de instrumento público de representação e duas testemunhas.

Com fundamento no art. 8º da CRFB/1988, autorizo a(o) consignante

_____ a efetuar o(s) desconto(s) em minha folha de pagamento, dos valores alusivos à mensalidade sindical, mensalidade e utilização de plano de saúde médico, odontológico, seguro de vida, cartão de compras/SINTRAMCARD, saldo negativo e/ou qualquer outro valor encaminhado, sob qualquer título, em favor do SINTRAM – SINDICATO DOS TRABALHADORES MUNICIPAIS DE DIVINÓPOLIS E DA REGIÃO CENTRO-OESTE DE MINAS GERAIS - Consignatário - inscrito no CNPJ/MF sob o n. 20.931.218/0001-77 e registrado no MTE sob o n. 24000-003774-90-07.

NOME: _____,

MATRÍCULA: _____, ADMISSÃO/POSSE: ____/____/____

DATA DA FILIAÇÃO AO SINDICATO: ____/____/____

ASSINATURA DO(A) FILIADO(A) (Legível)

TERMO DE ADESÃO AOS CONVÊNIOS OFERECIDOS PELO SINTRAM

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, o que faz, de um lado, SINDICATO DOS TRABALHADORES MUNICIPAIS DE DIVINÓPOLIS E DA REGIÃO CENTRO OESTE DE MINAS GERAIS, entidade sindical regularmente

Ficha Social 000003565

Nome: ***** TESTES *****

CPF: 111.111.111-11 **Matricula:** 477

Identidade: 123456

Natural: DIVINOPOLIS

Data de Nascimento: 01/01/2007

Filiação - Mãe: *

Pai: *

Endereço: TESTE, 258

Bairro: TESTE

Cidade: DIVINOPOLIS

CEP: 35.500-177

Tel. Residencial: (0)34315265

Celular: (0)999361353

E-mail: teste@teste.com.br

Contratante: Sind Trab Mun

Situação: () Contratado () Efetivo

Salário: 0,00

constituída, inscrita no CNPJ sob o n. 20.931.218/0001-77, registrado no Ministério do Trabalho sob o n. 24000-003774-90, com sede na Av. Getúlio Vargas, 21, Centro, Divinópolis/MG, CEP: 35.500-024, neste ato denominado SINTRAM. E de outro lado, denominado CONTRATANTE, o(a) filiado(a), acima qualificado:

As partes acima qualificadas têm, entre si, justas e acertadas o presente TERMO DE ADESÃO, cujas cláusulas regem a relação SINTRAM X Sindicalizado no tocante à adesão e utilização dos convênios e serviços disponíveis e oferecidos pelo Sindicato a seus filiados.

1. DAS CLÁUSULAS GERAIS

1.1. O presente contrato regula as condições para a prestação de serviços e utilização do cartão SINTRAMCARD, dos Planos de Saúde Médicos, Odontólogos e Seguro de Vida oferecidos pelo SINTRAM ao(à) CONTRATANTE, sindicalizado, na forma do Estatuto do Sindicato.

1.2. O(A) CONTRATANTE acima identificado(a), enquanto estiver filiado(a) ao SINTRAM, poderá aderir e utilizar qualquer convênio em vigor e/ou serviço oferecido pelo Sindicato a seus filiados.

1.3. Além das cláusulas entabuladas neste instrumento, o(a) CONTRATANTE deve cumprir as obrigações estabelecidas pelos convênios e pelos serviços oferecidos pelo Sindicato a seus filiados.

1.4. Considerando a natureza do convênio e/ou do benefício oferecido pelo SINTRAM, o(a) CONTRATANTE deve arcar com o pagamento da mensalidade, da coparticipação em consultas e outros procedimentos e de todos os demais valores originários em razão da utilização/disponibilização dos referidos convênios e/ou dos serviços oferecidos pelo Sindicato, aderidos, voluntariamente, pelo(s) CONTRATANTE.

1.5. O pagamento dos valores devidos pelo(a) CONTRATANTE, em razão da adesão e/ou utilização dos convênios e/ou serviços, será através de desconto em sua folha de pagamento em favor do SINTRAM.

1.6. Não sendo possível o desconto dos valores dos convênios aderidos voluntariamente pelo(a) CONTRATANTE em sua folha de pagamento, fica o SINTRAM autorizado a emitir boleto bancário. O (A) CONTRATANTE deve retirar o boleto para pagamento do débito (SALDO NEGATIVO) na sede do SINTRAM até o dia 15 do mês.

1.6.1. O pagamento realizado em atraso será acrescido de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito ou do(s) boleto(s) emitido(s), juros de mora de 1% (um por cento) ao mês e correção pelo fator de atualização monetária fornecida pelo Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, além de todas as despesas com a cobrança.

1.6.2. O não pagamento do débito acarretará a adoção, pelo SINTRAM, de medidas extrajudiciais e/ou judiciais, sem prejuízo de protesto por Tabelionato de Protesto de Títulos.

1.6.3. O(A) CONTRATANTE poderá ser suspenso(a) ou excluído(a) do(s) convênio(s) que aderiu, em caso de não efetuar o pagamento das suas obrigações financeiras em favor da SINTRAM, conforme previsto no Estatuto do SINTRAM. A suspensão ou a exclusão atinge também o(s) dependente(s) e/ou agregado(s) do CONTRATANTE.

1.7. O(A) CONTRATANTE declara ciência que se for excluído ou solicitar sua exclusão do rol de filiados do SINTRAM será excluído, bem como seus eventuais dependentes e/ou agregados, dos convênios aderidos voluntariamente.

Ficha Social 000003565

Nome: ***** TESTES *****

CPF: 111.111.111-11 **Matricula:** 477

Identidade: 123456

Natural: DIVINOPOLIS

Data de Nascimento: 01/01/2007

Filiação - Mãe: *

Pai: *

Endereço: TESTE, 258

Bairro: TESTE

Cidade: DIVINOPOLIS

CEP: 35.500-177

Tel. Residencial: (0)34315265

Celular: (0)999361353

E-mail: teste@teste.com.br

Contratante: Sind Trab Mun

Situação: () Contratado () Efetivo

Salário: 0,00

1.8. Além das cláusulas deste instrumento, o SINTRAM poderá regulamentar a disponibilização, utilização e prestação dos serviços oferecidos aos filiados, quanto ao cartão SINTRAMCARD, Planos de Saúde Médicos, Odontólogos e Seguro de Vida. Os atos, as informações/comunicações serão disponibilizados por meio do sítio (<https://sintramdiv.org/>).

1.9. Caso o(a) CONTRATANTE esteja em débito com o SINTRAM e possua algum valor a receber a título de reembolso em seu favor, de qualquer natureza, em razão dos serviços e/ou convênios aderidos voluntariamente, fica autorizado, nesse ato, pelo(a) CONTRATANTE, a compensação do crédito a ser reembolsado no débito que o(a) CONTRATANTE possuir com o SINTRAM.

1.10. O(A) CONTRATANTE, querendo tratar de assuntos referentes aos serviços e/ou convênios aderidos voluntariamente por si, tais como retirada de cartão, segunda via, inclusão, exclusão, boletos, saldo, etc., deve procurar o SINTRAM nos dias e nos horários em que houver expediente no Sindicato.

2. DO CARTÃO SINTRAMCARD

2.1. O(A) CONTRATANTE, não estando em débito com o SINTRAM, poderá solicitar ao SINTRAM o cartão SINTRAMCARD, de uso pessoal e intransferível, o qual poderá ser utilizado para compras e prestação de serviços por terceiros conveniados ao SINTRAM, em unidades comerciais conveniadas/cadastradas à época da utilização.

2.1.1. O crédito disponibilizado mensalmente ao(à) CONTRATANTE será de até 30% (trinta por cento) do seu salário base.

2.1.1.1. O crédito mensal poderá ser reavaliado, a pedido do CONTRATANTE, desde que tenha havido mudança no seu salário base.

2.1.1.2. Os valores das compras realizadas e/ou dos serviços prestados ao CONTRATANTE comprometem mensal e proporcionalmente o limite de crédito do cartão, que será restabelecido, após finalizado o parcelamento acordado entre o(a) CONTRATANTE e o estabelecimento conveniado.

2.2. O(A) CONTRATANTE é responsável por qualquer consequência que provier da utilização ilegal do cartão ou pela utilização por terceiros, não cabendo ao SINTRAM qualquer responsabilidade por eventuais prejuízos que possam ocorrer.

2.2.1. O(A) CONTRATANTE obriga-se a informar ao SINTRAM a perda, roubo, furto ou extravio do cartão, imediatamente após a ocorrência. A comunicação deverá ser efetuada na sede do SINTRAM, que bloqueará imediatamente o cartão.

2.2.2. Visando uma maior segurança para o CONTRATANTE, o SINTRAM poderá bloquear preventivamente o uso do cartão, em casos de indícios ou suspeitas de uso indevido do mesmo.

2.2.3. O SINTRAM poderá bloquear o cartão que permanecer por mais de 12 (doze) meses inativo.

2.2.4. A solicitação de desbloqueio do cartão, em qualquer caso, deve ser realizada pelo(a) Titular do mesmo, que o fará pessoalmente na sede do Sintram.

2.3. O pagamento do cartão SINTRAMCARD será na forma da cláusula 1.5. Ocorrendo a devolução de qualquer valor que não foi descontado na folha de pagamento do CONTRATANTE, seja em razão da utilização do cartão SINTRAMCARD, seja em

Ficha Social 000003565

Nome: ***** TESTES *****

CPF: 111.111.111-11 **Matricula:** 477

Identidade: 123456

Natural: DIVINOPOLIS

Data de Nascimento: 01/01/2007

Filiação - Mãe: *

Pai: *

Endereço: TESTE, 258

Bairro: TESTE

Cidade: DIVINOPOLIS

CEP: 35.500-177

Tel. Residencial: ()34315265

Celular: ()999361353

E-mail: teste@teste.com.br

Contratante: Sind Trab Mun

Situação: () Contratado () Efetivo

Salário: 0,00

razão de outros convênios aderidos voluntariamente, seja mensalidade sindical, seja em razão de qualquer serviço, a utilização do cartão SINTRAMCARD do(A) CONTRATANTE será suspensa, sem prévio aviso. A utilização do cartão SINTRAMCARD ficará suspensa enquanto o(a) CONTRATANTE estiver inadimplente com o Sindicato.

2.4. O cartão SINTRAMCARD poderá ser cancelado mediante pedido formal do(a) CONTRATANTE, a qualquer tempo. Os valores devidos a título de utilização anterior ao cancelamento do cartão serão encaminhados para desconto em folha de pagamento do CONTRATANTE.

3. DOS PLANOS DE SAÚDE MÉDICO, ODONTOLÓGICO E DO SEGURO DE VIDA

3.1. O(A) CONTRATANTE, não estando em débito com o SINTRAM, poderá aderir formal, voluntaria e onerosamente ao(s) plano(s) de saúde médico e/ou odontológico e/ou seguro de vida oferecidos pelo SINTRAM.

3.2. Além das cláusulas entabuladas neste instrumento, o(a) CONTRATANTE deve cumprir as obrigações estabelecidas pelo(s) convênio(s) aderido(s) voluntariamente.

3.3. O SINTRAM poderá regulamentar a utilização e a prestação dos serviços oferecidos, tais como parcelamento de valores referente utilização, entrega de carteiras, etc. Os atos, as informações/comunicações serão disponibilizados por meio do sítio (<https://sintramdiv.org/>).

3.4. O(A) CONTRATANTE é responsável por qualquer consequência que provier da utilização ilegal do(s) convênio(s) aderido(s) voluntariamente ou pela utilização por terceiros, não cabendo ao SINTRAM qualquer responsabilidade por eventuais prejuízos que possam ocorrer.

3.5. O(A) CONTRATANTE é responsável pelo pagamento/reembolso integral ao SINTRAM dos valores da mensalidade e, quando for o caso, da coparticipação em consultas e outros procedimentos em razão da utilização do(s) convênio(s) aderido(s) voluntariamente, inclusive o(a) CONTRATANTE é responsável pelo pagamento ao SINTRAM da mensalidade e da coparticipação pela utilização do(s) convênio(s) por seu(s) dependente(s) e/ou agregado(s). O pagamento/ reembolso será na forma da cláusula 1.5.

3.6. O SINTRAM se compromete a notificar o(a) CONTRATANTE, no endereço ou email fornecido neste instrumento, caso ocorra rescisão do(s) convênio(s) aderido, para que tome as providências necessárias para contratação de novo convênio. Cabe ao(à) CONTRATANTE comunicar seu(s) dependente(s) e/ou agregado(s) da rescisão.

3.7. O(A) CONTRATANTE poderá, mediante pedido formal, solicitar sua exclusão e/ou de dependente(s) e/ou de agregado(s) do(a) do(s) convênio(s) aderido(s), todavia, continua responsável pelos pagamentos dos valores da mensalidade e da coparticipação em consultas e outros procedimentos pelo período de cobertura do(s) convênio(s).

3.8. O(A) CONTRATANTE é responsável pela devolução da carteira de utilização, inclusive de dependente(s) e/ou agregado(s) nos casos das cláusulas 3.6. e 3.7.

3.9. O(A) CONTRATANTE é responsável por qualquer consequência que provier da utilização ilegal do cartão ou pela utilização por terceiros, não cabendo ao SINTRAM qualquer responsabilidade por eventuais prejuízos que possam ocorrer.

4. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Ficha Social 000003565

Nome: ***** TESTES *****

CPF: 111.111.111-11 **Matricula:** 477

Identidade: 123456

Natural: DIVINOPOLIS

Data de Nascimento: 01/01/2007

Filiação - Mãe: *

Pai: *

Endereço: TESTE, 258

Bairro: TESTE

Cidade: DIVINOPOLIS

CEP: 35.500-177

Tel. Residencial: ()34315265

Celular: ()999361353

E-mail: teste@teste.com.br

Contratante: Sind Trab Mun

Situação: () Contratado () Efetivo

Salário: 0,00

4.1. O(A) CONTRATANTE é responsável por informar ao SINTRAM toda e qualquer alteração de seus dados, bem como de seus dependentes e agregados, principalmente endereço físico e eletrônico.

4.2. O(A) CONTRATANTE declara ciência que integra o presente termo adesão o ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS, NA FORMA DA LEI N. 13.709/2018 e que o referido anexo é disponibilizado, pelo SINTRAM, no sítio (<https://sintramdiv.org/>).

4.3. O(A) CONTRATANTE declara que leu, entendeu e concorda inteiramente com o presente termo de adesão.

4.4. O(A) CONTRATANTE declara, sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são verdadeiras e de sua inteira responsabilidade.

4.5. Fica eleito o foro da Comarca de Divinópolis para dirimir todo e qualquer conflito decorrente deste contrato.

Assim, por estarem justos e contratados, firmam o presente instrumento.

Local e data: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) CONTRATANTE: _____

No caso de identificação por impressão digital, em conjunto, deve assinar um procurador acompanhado de instrumento público de representação e duas testemunhas.

Ficha Social 000003565

Nome: ***** TESTES *****

CPF: 111.111.111-11 **Matricula:** 477

Identidade: 123456

Natural: DIVINOPOLIS

Data de Nascimento: 01/01/2007

Filiação - Mãe: *

Pai: *

Endereço: TESTE, 258

Bairro: TESTE

Cidade: DIVINOPOLIS

CEP: 35.500-177

Tel. Residencial: (0)34315265

Celular: (0)999361353

E-mail: teste@teste.com.br

Contratante: Sind Trab Mun

Situação: () Contratado () Efetivo

Salário: 0,00

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS, NA FORMA DA LEI N.13.709/2018

Este documento visa registrar a manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o TITULAR concorda com o tratamento de seus dados pessoais para finalidade específica, em conformidade com a Lei nº 13.709 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

TITULAR - Pessoa a quem se referem os dados pessoais que são objeto de tratamento e acima identificado.

Ao assinar o presente termo, o TITULAR consente e concorda que o ,SINDICATO DOS TRABALHADORES DE DIVINÓPOLIS E DA REGIÃO CENTRO-OESTE DE MINAS GERAIS - SINTRAM, CNPJ nº 20.931.218/001-77, com sede na cidade de Divinópolis/MG, na Av. Getúlio Vargas, 21, Centro, CEP 35.500-024, telefone (037) 3216-8484, e-mail encarregadolgpd@sintramdiv.org, doravante denominada CONTROLADOR, tome decisões referentes ao tratamento de seus dados pessoais, bem como realize o tratamento de seus dados pessoais, envolvendo operações como as que se referem 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 a fim de realizar as operações necessárias a garantir o cumprimento dos princípios e finalidades do CONTROLADOR, estabelecidos pelo Estatuto Social do SINTRAM, bem como usufruir dos benefícios oferecidos gratuita ou onerosamente pelo CONTROLADOR.

DADOS PESSOAIS

O CONTROLADOR fica autorizado a tomar decisões referentes ao tratamento e a realizar o tratamento dos seguintes dados pessoais do TITULAR:

- Nome completo;
- Sexo;
- Assinatura
- Nacionalidade,
- Naturalidade;
- Estado civil;
- Data de nascimento;
- Local de nascimento,
- Data da Primeira Filiação;
- Filiação;
- Número e imagem da carteira de identidade (RG);
- Número e imagem do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF);
- Número e imagem do cartão do SUS;
- Endereço residencial completo;
- CEP;
- Nome do empregador;
- Setor em que trabalha;
- Cargo/Função;
- Natureza do vínculo com o empregador;
- Data da posse ou admissão;

Ficha Social 000003565

Nome: ***** TESTES *****

CPF: 111.111.111-11 **Matricula:** 477

Identidade: 123456

Natural: DIVINOPOLIS

Data de Nascimento: 01/01/2007

Filiação - Mãe: *

Pai: *

Endereço: TESTE, 258

Bairro: TESTE

Cidade: DIVINOPOLIS

CEP: 35.500-177

Tel. Residencial: (0)34315265

Celular: (0)999361353

E-mail: teste@teste.com.br

Contratante: Sind Trab Mun

Situação: () Contratado () Efetivo

Salário: 0,00

- Matrícula;
- Data do término do contrato ou do cargo comissionado;
- Data da aposentadoria;
- Endereço do empregador completo;
- Telefones: residencial, profissional, celular e WhatsApp;
- Email(s);
- Cópias de contracheques;
- Certidões cartorárias;
- Dados bancários;
- Comunicação, verbal e escrita, mantida entre o Titular e o Controlador.
- Imagem da CNH

FINALIDADES DO TRATAMENTO DOS DADOS

O tratamento dos dados pessoais listados neste termo tem as seguintes finalidades:

- Possibilitar a identificação do TITULAR e permitir o contato com este para fins de relacionamento profissional, seja presencialmente, via postal ou de forma virtual;
- Possibilitar a inclusão/cadastro e a manutenção do TITULAR nos sistemas que administram os convênios oferecidos e aderidos voluntária e onerosamente pelo TITULAR;
- Possibilitar o atendimento presencial ou virtual e prestar as orientações, assessoria e/ou informações solicitadas e/ou serviços prestados pessoal e diretamente ao TITULAR;
- Possibilitar a identificação do TITULAR no rol de associados e atualizar informações, solicitadas pelo próprio TITULAR;
- Possibilitar a elaboração e/ou redação e encaminhamento ao TITULAR de correspondências, termos, contratos, cartões de compras, crachás de identificação e/ou emita boletos de cobrança etc.;
- Possibilitar o encaminhamento, ao empregador do TITULAR, dos valores devidos a serem descontados em sua folha de pagamento, referente à mensalidade sindical e aos valores devidos em razão dos convênios aderidos onerosa e voluntariamente pelo TITULAR, tais como: planos de saúde médico e/ou odontológico, seguro de vida, cartão SINTRAMCARD etc;
- Possibilitar a alimentação de plataformas, sistemas, programas, sites etc. que controlam, administram, regulamentam etc. o(s) convênio(s) aderido(s) pelo TITULAR (planos de saúde médico e/ou odontológico, seguro de vida, cartão SINTRAMCARD etc);
- Possibilitar a prestação de contas à categoria, a outras instituições e/ou para fins de auditoria;
- Possibilitar a elaboração de relatórios, planilhas individuais e/ou coletivas, jornais impressos ou virtuais, reportagens, manifestos;
- Possibilitar a montagem, cadastro e distribuição de ações judiciais individuais ou coletivas;
- Possibilitar a atuação e acompanhamento de processos administrativos;
- Possibilitar a elaboração de requerimentos, defesas, pedidos de reconsideração, recursos administrativos, procurações, declarações, contratos etc.;
- Possibilitar a emissão de boletos, termos de negociação de saldo negativo, filtrar dados e orientar o servidor quanto às suas despesas, a fim de liberar cartão de compras;
- Possibilitar agendar atendimentos presencias ou virtuais;
- Possibilitar a inclusão em grupo de mensagem a fim de prestar orientações e informações de interesse da categoria;
- Possibilitar a retirada de contracheque e outros documentos da internet a pedido do TITULAR;

Ficha Social 000003565

Nome: ***** TESTES *****

CPF: 111.111.111-11 **Matricula:** 477

Identidade: 123456

Natural: DIVINOPOLIS

Data de Nascimento: 01/01/2007

Filiação - Mãe: *

Pai: *

Endereço: TESTE, 258

Bairro: TESTE

Cidade: DIVINOPOLIS

CEP: 35.500-177

Tel. Residencial: (0)34315265

Celular: (0)999361353

E-mail: teste@teste.com.br

Contratante: Sind Trab Mun

Situação: () Contratado () Efetivo

Salário: 0,00

COMPARTILHAMENTO DE DADOS

O CONTROLADOR fica autorizado a compartilhar os dados pessoais do TITULAR com outros agentes de tratamento de dados, a fim de possibilitar as operações necessárias a garantir o cumprimento dos princípios e finalidades do CONTROLADOR, estabelecidos pelo Estatuto Social do SINTRAM, como a manutenção e a utilização dos convênios aderidos para as finalidades listadas neste termo, observados os princípios e as garantias estabelecidas pela Lei nº 13.709/2018.

SEGURANÇA DOS DADOS

O CONTROLADOR 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.

Em conformidade ao art. 48 da Lei nº 13.709, o CONTROLADOR comunicará ao TITULAR e à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) a ocorrência de incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante ao TITULAR.

TÉRMINO DO TRATAMENTO DOS DADOS

O CONTROLADOR poderá manter e tratar os dados pessoais do TITULAR durante todo o período em que o TITULAR se manter filiado ao SINTRAM, sendo necessário o tratamento dos dados pessoais a fim de permitir o alcance das finalidades listadas neste termo e o cumprimento de obrigações para continuar a fornecer e aprimorar os serviços prestados, como também o exercício regular de direito em processos administrativos, judiciais e arbitrais. Dados pessoais anonimizados, sem possibilidade de associação ao TITULAR, poderão ser mantidos por período indefinido.

DIREITOS DO TITULAR

O TITULAR tem direito a obter do CONTROLADOR, em relação aos dados por ele tratados, a qualquer momento e mediante requisição: I - confirmação da existência de tratamento; II - acesso aos dados; III - correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados; IV - anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto na Lei nº 13.709; V - portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa, de acordo com a regulamentação da autoridade nacional, observados os segredos comercial e industrial; VI - eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento do titular, exceto nas hipóteses previstas no art. 16 da Lei nº 13.709; VII - informação das entidades públicas e privadas com as quais o controlador realizou uso compartilhado de dados; VIII - informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa; IX - revogação do consentimento, nos termos do § 5º do art. 8º da Lei nº 13.709.

DIREITO DE ELIMINAÇÃO DOS DADOS PESSOAIS TRATADOS COM CONSENTIMENTO

O TITULAR poderá solicitar via e-mail ou correspondência ao CONTROLADOR, a qualquer momento, que sejam eliminados os dados pessoais não anonimizados. O TITULAR fica ciente de que poderá ser invável ao CONTROLADOR continuar o fornecimento de produtos ou serviços ao TITULAR a partir da eliminação dos dados pessoais.

DIREITO DE REVOGAÇÃO DO CONSENTIMENTO

Ficha Social 000003565

Nome: ***** TESTES *****

CPF: 111.111.111-11 **Matricula:** 477

Identidade: 123456

Natural: DIVINOPOLIS

Data de Nascimento: 01/01/2007

Filiação - Mãe: *

Pai: *

Endereço: TESTE, 258

Bairro: TESTE

Cidade: DIVINOPOLIS

CEP: 35.500-177

Tel. Residencial: ()34315265

Celular: ()999361353

E-mail: teste@teste.com.br

Contratante: Sind Trab Mun

Situação: () Contratado () Efetivo

Salário: 0,00

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

DO ACEITE VOLUNTÁRIO

Por livre e espontânea vontade, declaro estar ciente e de acordo com uso dos meus dados pessoais pelo CONTROLADOR, conforme regras acima.

Local e Data: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Titular: _____

Nome completo, CPF/MF e assinatura do(a)s dependente(s) e/ou agregado(s):

No caso de identificação por impressão digital, em conjunto, deve assinar um procurador acompanhado de instrumento público de representação e duas testemunhas.

Assinar todas as folhas.