

FICHA DE SÓCIO SINDNAPI - Nº :

- TERMO ASSOCIATIVO


**SINDICATO NACIONAL
DOS APOSENTADOS
SINDNAPI**

SINDNAPI- Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical

CNPJ: 04.040.532/0001-03

Endereço: Rua do Carmo,
171

Data Fundação: 15/06/2000

Bairro: Centro

Cidade: São Paulo

UF: SP

CEP: 01019-020

TIPO e Nº do BENEFÍCIO de APOSENTADO INSS

SOCIO POR BOLETO

DATA DE NASCIMENTO

 / -
 Municipal Estadual Federal
SERVIDOR PÚBLICO
 Pré-Aposentado Benefício Assistencial

NOME COMPLETO

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo	ESCOLARIDADE <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> 2º grau <input type="checkbox"/> 1º grau <input type="checkbox"/> Superior	RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Alugada	NACIONALIDADE <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira	PROFISSÃO
---	---	---	--	--	-----------

Nº CPF/MF

TIPO DOCUMENTO

Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

 -

DATA DE EMISSÃO

ÓRGÃO EXPEDIDOR

UF

NATURALIDADE

ENDEREÇO RESIDENCIAL (Rua, Avenida, Al, etc...)

Nº COMPLEMENTO

CEP

UF

BAIRRO

CIDADE

EMAIL

TELEFONE (DDD e NUMERAÇÃO)

TELEFONE CELULAR (DDD e NUMERAÇÃO)

 () ()

NOME DA MAE

NOME DO CONJUGE

Declaro para os devidos fins e efeitos, que estou ciente de que o presente Termo Associativo tem como objeto a minha adesão espontânea ao quadro do **SINDNAPI**, entidade associativa à qual me submeto ao regramento do Estatuto Social e Regimento Interno.

O presente Termo Associativo está sujeito à aprovação prévia da entidade, que possui autonomia para cancelar ou não a adesão ao quadro associativo.

É anexo a este documento o Termo de Autorização para Desconto em Folha de Pagamento, em que o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS fica autorizado a proceder com o desconto da mensalidade associativa no meu benefício previdenciário equivalente a 2,5% (Dois virgula cinco por cento) do valor do meu benefício previdenciário, limitado a 1% do teto do regime geral da previdência, com respaldo no disposto no Inciso V do Artigo 115 da Lei 8.213 de 24 de Julho de 1991

Para usufruir de todos os benefícios do SINDNAPI consulte o site www.sindnapi.org.br e/ou a Subsede mais próxima de você.

O cancelamento da contribuição associativa poderá ocorrer a qualquer momento, a critério das partes e, de acordo com o Estatuto e demais normativos do SINDNAPI, sempre de forma expressa, através de requerimento escrito, assinado e datado pelo ASSOCIADO.

Caso o ASSOCIADO opte pelo desligamento do SINDNAPI, **os descontos mensais em seu benefício somente cessarão no prazo de até 60 dias após a solicitação**, tempo requerido pelo INSS para proceder ao cancelamento solicitado

1 - ESTOU CIENTE QUE A PARTIR DESTA DATA SOU ASSOCIADO AO SINDNAPI. CONFIRMO QUE RECEBI UMA VIA DE IGUAL TEOR DO PRESENTE TERMO ASSOCIATIVO E DOS DOCUMENTOS QUE O ACOMPANHAM. ASSINO:

LOCAL E DATA

ASSINATURA:

2 - DECLARAÇÃO SE ANALFABETO OU IMPEDIDO DE ASSINAR

Declaro que ouvi atentamente a leitura deste TERMO ASSOCIATIVO na presença das 02 (duas) testemunhas, tendo compreendido seu conteúdo, estando ciente de todas as condições e obrigações assumidas.

Polegar Direito Titular

A rogo do (a) ASSOCIADO TITULAR, assina o rogado:

Testemunhas

1

NOME:
CPF:

2

NOME:
CPF:



**SINDICATO NACIONAL
DOS APOSENTADOS**

**SINDICATO NACIONAL DOS APOSENTADOS, PENSIONISTAS E IDOSOS
DA FORÇA SINDICAL - SINDNAPI**

SINDICATO NACIONAL DOS APOSENTADOS, PENSIONISTAS E IDOSOS DA FORÇA SINDICAL - SINDNAPI

CNPJ: 04.040.532/0001-03

Data de Fundação: 15/06/2000

Endereço: Rua do Camo, 171

Bairro: Centro

Município: São Paulo

UF: SP

CEP: 01019-020

Telefone: 55 11 3293-7500

Fax: 55 11 3293-7502

E-mail: suportefichas@sindnapi.org.br

SAC: 0800 357 7777

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____
CPF/MF nº _____, _____(a), nascido(a) na data de ____/____/____,
beneficiário(a) do Regime Geral de Previdência Social, residente e domiciliado(a) à

Município: _____ UF: _____ CEP: _____, portador(a) do benefício
número _____, Espécie nº _____, sócio(a) do *Sindicato Nacional dos Aposentados,
Pensionistas e Idosos da Força Sindical - SINDNAPI* sob o número _____,

AUTORIZO o mesmo a promover perante o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS através do
Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical - SINDNAPI, na
condição de sua mandatária, o desconto da mensalidade de 2,5% (dois virgula cinco por cento) do
valor do meu benefício previdenciário, sob a rubrica: CONTRIBUIÇÃO SINDINAPI - FS código 223,
com respaldo no disposto no Inciso V do Artigo 115 da Lei 8.213 de 24 de Julho de 1991.

Local e data

Assinatura ou impressão digital do titular do
benefício previdenciário

Ciente e de acordo com as informações do nosso associado e com os poderes conferidos ao **SINDICATO NACIONAL DOS APOSENTADOS, PENSIONISTAS E IDOSOS DA FORÇA SINDICAL - SINDNAPI** para o desconto pretendido.

Assinatura do Presidente ou representante legal do Sindicato Nacional dos Aposentados,
Pensionistas e Idosos da Força Sindical - SINDNAPI

POSTO / SUBSEDE MATRICULA TIPO P. Física P. Jurídica

PROPOSTA DE ADESÃO

Dados Pessoais - Nome										Renda	
<input type="text"/>										<input type="text"/>	
										Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	
Data Admissão			Data Nascimento			Estado Civil			Nacionalidade		
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Rua/Avenida											
<input type="text"/>											
Número		Bairro					Telefone				
<input type="text"/>		<input type="text"/>					<input type="text"/>				
Cidade						Estado		CEP		Tipo Documento	
<input type="text"/>						<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nº Documento de Identificação				Data de Emissão		O.E	UF	CPF			
<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Naturalidade											
<input type="text"/>											
Nome da Mãe											
<input type="text"/>											
Nome do Pai											
<input type="text"/>											
Número do Benefício				Escolaridade							
<input type="text"/>				<input type="text"/>							
Profissão											
<input type="text"/>											
Dados do Cônjuge - Nome										Renda	
<input type="text"/>										<input type="text"/>	
Data de Nascimento			Regime do Casamento								
<input type="text"/>			<input type="text"/>								
R.G (Cônjuge)				Data de Emissão		O.E	UF	CPF (Cônjuge)			
<input type="text"/>				<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Naturalidade (Cônjuge)											
<input type="text"/>											
Nome do Pai (Cônjuge)											
<input type="text"/>											
Profissão (Cônjuge)											
<input type="text"/>											
1º Referencia - Nome						Telefone					
<input type="text"/>						<input type="text"/>					
2º Referencia - Nome						Telefone					
<input type="text"/>						<input type="text"/>					

CLÁUSULA PRIMEIRA - Comprometo-me a atender o Regimento Interno e as políticas internas da Sicoob-CooperNapi, zelando pela imagem e seu desenvolvimento.

CLÁUSULA SEGUNDA - Neste ato informo ter o pleno conhecimento dos direitos e deveres conforme Estatuto Social e Regimento Interno.

CLÁUSULA TERCEIRA - Autorizo o débito automático, em conta corrente junto a Sicoob-CooperNapi, dos valores correspondentes a quota mensal de capital, empréstimos, prestação de serviços e outros decorrentes das operações da Sicoob-CooperNapi, caso a Sicoob-CooperNapi venha estabelecer convênio com Sindicato ou empregador. Desde já fica autorizado os devidos descontos.

Desde já declaro ser fidedignas as informações prestadas na ficha cadastral.

_____ Local e Data

_____ Assinatura do Associado

_____ Assinatura do Diretor Presidente

_____ Assinatura do Diretor

DESLIGAMENTO

Por Demissão:

Por Eliminação:

Por Exclusão:

Data: ____/____/____

ANEXAR A ESTA FICHA MATRÍCULA, XEROX DOS SEGUINTE DOCUMENTOS:

• RG e CPF (Sócio e Cônjuge) / CERTIDÃO DE CASAMENTO / COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA / EXTRATO DO ÚLTIMO BENEFÍCIO

OBSERVAÇÃO: Sem a assinatura do cooperado e sem a documentação completa citada acima, o cadastro junto à Sicoob-CooperNapi não será efetivado.



SINDICATO NACIONAL
DOS APOSENTADOS
SINDNAPI

SINDNAPI- Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos da Força Sindical

CNPJ: 04.040.532/0001-03

Endereço: Rua do Carmo,
171

Data Fundação: 15/06/2000

Bairro: Centro

Cidade: São Paulo

UF: SP

CEP: 01019-020

TERMO DE CONSENTIMENTO DE ACORDO COM A LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS - LGPD

Estamos empenhados em salvaguardar a sua privacidade ao estabelecer esta relação conosco. Este termo tem a finalidade de deixar o mais claro possível a nossa política de coleta e compartilhamento de dados, informando sobre os dados coletados e como os utilizamos. Ao utilizar os nossos serviços, você declara o seu **EXPRESSO CONSENTIMENTO** para coletarmos, tratarmos e armazenarmos dados sobre você quando julgarmos necessários à prestação de nossos serviços, tais como:

- **Informações fornecidas:** Coletamos os dados fornecidos pelo senhor (a) no cadastro, tais como nome completo, RG, CPF, NIT, PIS/PASEP, CTPS, data de nascimento, endereço para correspondência, endereço de e-mail, telefone de contato, número de benefício previdenciário, tipo de benefício previdenciário e demais dados decorrentes da concessão do benefício, foto, áudio autorizando o desconto da contribuição associativa e demais informações requeridas no cadastro.
- **Comunicação.** Podemos registrar e gravar todos os dados fornecidos em toda comunicação realizada com nossa equipe, seja por correio eletrônico, mensagens, telefone ou qualquer outro meio.

FINALIDADES: UTILIZAÇÃO DESTAS INFORMAÇÕES

Ao se associar ao SINDNAPI o senhor (a) AUTORIZA EXPRESSAMENTE o uso destas informações para as seguintes FINALIDADES:

- **Fornecer, melhorar e desenvolver nosso serviços:** Utilizamos os seus dados para melhorar a qualidade dos nossos serviços, por meio da personalização do serviço prestado.
- **Obrigações legais.** Compartilhamos seus dados com terceiros para cumprir exigências legais, regulatórias ou fiscais, envolvendo a divulgação de seus dados pessoais a terceiros, a um tribunal, reguladores, fiscalizadores ou agências governamentais.

COMPARTILHAMENTO DE DADOS

Compartilhamos os seus dados com o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, para fins de viabilizar o desconto da contribuição associativa e o processamento de dados, bem como para tornar a utilização de nossos serviços mais relevantes e eficientes à sua finalidade. Compartilhamos seus dados com terceiros para cumprir exigências legais, regulatórias ou fiscais, envolvendo a divulgação de seus dados pessoais a terceiros, a um tribunal, reguladores, fiscalizador ou agências governamentais.

ONDE ARMAZENAMOS E PROCESSAMOS SEUS DADOS

Os dados coletados são armazenados e processados exclusivamente no Datacenter próprio, localizado à Rua do Carmo, 171, para fins de melhorar o desempenho e proteger os dados no caso de uma falha ou outro problema.

RESPONSABILIDADES DO CONTROLADOR E MEDIDAS DE SEGURANÇA

Todos os dados que o senhor (a) nos fornece são tratados unicamente para atingir as finalidades acima listadas. Estes dados são armazenados em servidores seguros nossos ou de fornecedores contratados, acessados e utilizados de acordo com nossas políticas e padrões de segurança. Todo o tráfego entre nossos servidores ou entre o seu computador e nossos servidores é encriptado por meio do protocolo seguro SSL ou semelhante. Tomamos medidas de boas práticas e certificações existentes no mercado para garantir que os dados que coletamos sejam processados de acordo com segurança onde quer que os dados estejam localizados.

QUANTO TEMPO VAMOS ARMAZENAR SUAS INFORMAÇÕES

Nós manteremos as informações que coletamos de você até que ocorra a solicitação de exclusão definitiva por sua parte. Neste caso, nós cessaremos imediatamente a utilização dos seus dados para fins associação, porém armazenaremos os seus dados enquanto tenhamos obrigações legais, tributárias ou judiciais a cumprir com tais dados.

DADOS DO ENCARREGADO PELOS DADOS

A gestão dos seus dados é feita por Luiz Antônio Adriano da Silva, e o senhor (a) pode entrar em contato com o Encarregado pelos seus dados por meio do e-mail: sindnapi.lgpd@sindicatodosaposentados.org.br. Você também tem o direito de contatar diretamente a Autoridade de Proteção de Dados brasileira.

DIREITOS DO TITULAR DOS DADOS

O titular dos dados pessoais tem direito a obter do controlador, em relação aos dados do titular por ele tratados, a qualquer momento e mediante requisição, conforme previsão do art. 17 da LGPD.

COMO ACESSAR E CONTROLAR SUAS INFORMAÇÕES PESSOAIS

Você pode solicitar informações, alteração, esclarecimentos ou exclusão de seus dados por meio do contato suportefichas@sindicatodosaposentados.org.br. Vamos exercer imediatamente as solicitações, nos termos da lei de proteção de dados aplicável.

COMO ENTRAR EM CONTATO CONOSCO

E-mail: duvidas@sindicatodosaposentados.org.br | Telefone: (11) 3293-7500 e (11) 3531-4600 | WhatsApp: (11) 96348-7396 | Endereço: Rua do Carmo, 171 - Centro - São Paulo/SP - CEP: 01019-020

Local e Data

Assinatura

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____

inscrito no CPF N.º _____,

venho requerer a esta instituição a não mais promover, em favor do

o desconto da mensalidade de sócio, correspondente a _____ do
valor do meu benefício previdenciário, com respaldo no disposto no inciso V do
artigo 115 da Lei 8213, de 24 de julho de 1991.

Local e data

Assinatura