

FICHA DE FILIAÇÃO

PREENCHA A FICHA ABAIXO, ASSINE E ENCAMINHE PARA O E-MAIL: contato@sintaj.org

DADOS DO(A) INSTITUIDOR(A) DA PENSÃO

NOME: _____ CADASTRO: _____
CPF: _____ NASCIMENTO: ____ / ____ / ____

DADOS PESSOAIS PENSIONISTA

NOME: _____
NOME SOCIAL: _____ ESTADO CIVIL: _____
DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ RG: _____ CPF: _____
GÊNERO QUE SE IDENTIFICA: () MASCULINO () FEMININO () OUTRO: _____
PESSOA COM DEFICIÊNCIA? () SIM () NÃO / SE SIM, ESPECIFIQUE: _____
ALGUÉM NA FAMÍLIA COM DEFICIÊNCIA? () SIM () NÃO / SE SIM, ESPECIFIQUE: _____
POSSUI DEPENDENTES? () SIM () NÃO
POSSUI FILHOS? () SIM () NÃO QUANTIDADE DE DEPENDENTES: ____

ENDEREÇO RESIDENCIAL

LOGRADOURO: _____ Nº: _____
COMPL.: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____

DADOS PARA CONTATO

CELULAR: (____) _____ TELEFONE RESIDENCIAL: (____) _____
E-MAIL: _____

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO

Comprometo-me a enviar mensalmente o contracheque atual, até o 5º dia útil, para realização do cálculo da minha contribuição mensal, que corresponde a 1% (um por cento) da minha remuneração integral (incluindo o 13º salário), exceto as parcelas relativas a abono pecuniário, a título de contribuição sindical em favor desta entidade. Em caso de desfiliação, estou ciente que o SINTAJ não mais me representará em meus processos em curso. Em caso de mudança de endereço, telefone ou e-mail, estou ciente de que devo informar ao SINTAJ para que seja feita a atualização em meu cadastro. Autorizo que o SINTAJ faça uso dos dados pessoais e dados pessoais sensíveis listados nesta ficha para os devidos tratamentos dispostos nos artigos 7º e 11º da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

_____, ____ / ____ / ____

SINTAJ

ASSINATURA