

FICHA DE FILIAÇÃO

Sindicato dos Tecnólogos, Técnicos e Auxiliares em Radiologia do Estado de Mato Grosso do Sul — SINTERMS

USO INTERNO DO SINDICATO

Matrícula sindical: _____

Data de filiação: ____ / ____ / ____

01 DADOS DO ASSOCIADO

NOME COMPLETO			
CPF	RG	ÓRGÃO EMISSOR	DATA DE EXPEDIÇÃO
DATA DE NASCIMENTO	NATURALIDADE	UF	NACIONALIDADE
ESTADO CIVIL	SEXO ☐ F ☐ M	ESCOLARIDADE	

02 DADOS PROFISSIONAIS

EMPRESA			
CARGO	MATRÍCULA FUNCIONAL	DATA DE ADMISSÃO	NÚMERO DO CRTR

03 ENDEREÇO

CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)	NÚMERO	COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE	ESTADO	

04 CONTATOS

TELEFONE/CELULAR	WHATSAPP	E-MAIL
------------------	----------	--------

05 DEPENDENTES

NOME	DATA DE NASCIMENTO	PARENTESCO	SEXO
			☐ F ☐ M
			☐ F ☐ M
			☐ F ☐ M
			☐ F ☐ M



Rua Maracaju, 371- Centro



(67) 3384-5972



(67) 99292-1704



www.sinterms.org.br



sinterms@sinterms.org.br



sintermsms

06 AUTORIZAÇÕES E DECLARAÇÕES

FILIAÇÃO E CONTRIBUIÇÃO SOCIAL

Declaro solicitar minha filiação ao Sindicato dos Tecnólogos, Técnicos e Auxiliares em Radiologia do Estado de Mato Grosso do Sul — SINTERMS, autorizando o desconto mensal da Contribuição Social prevista no Estatuto Social, correspondente a 3% (três por cento) do meu salário-base, ou outro percentual regularmente aprovado pelos órgãos competentes da entidade sindical.

☐ **Estou de acordo.**

CONTRIBUIÇÃO ASSISTENCIAL

Declaro haver tomado ciência de que a Convenção Coletiva de Trabalho da categoria prevê contribuição assistencial correspondente a 1/30 (um trinta avos) do salário-base, descontada pela empresa empregadora na forma e nos prazos ali estabelecidos. Reconheço ser-me assegurado o direito de oposição, manifestável por escrito no prazo previsto na norma coletiva vigente e, ressalvado o exercício desse direito, autorizo o respectivo desconto quando devido, observadas as regras da Convenção Coletiva de Trabalho em vigor.

☐ **Li e estou de acordo.**

TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS — LGPD

Em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais — LGPD), declaro estar ciente de que os dados pessoais fornecidos nesta ficha serão tratados pelo SINTERMS exclusivamente para as seguintes finalidades: (i) gestão da relação associativa; (ii) cumprimento de obrigações legais; (iii) cumprimento do Estatuto Social; (iv) prestação de serviços sindicais; (v) emissão de boletos; (vi) comunicações institucionais; (vii) representação da categoria; e (viii) demais finalidades compatíveis com as atividades sindicais. O SINTERMS compromete-se a adotar medidas técnicas e administrativas aptas à proteção dos dados pessoais, observando os princípios e diretrizes estabelecidos pela referida Lei.

☐ **Declaro estar ciente.**

AUTORIZAÇÃO PARA COMUNICAÇÃO - (OPCIONAL)

Autorizo o SINTERMS a encaminhar-me informações institucionais, avisos e comunicados de interesse da categoria pelos canais assinalados:

☐ WhatsApp ☐ E-mail ☐ SMS ☐ Ligações telefônicas

07 LOCAL, DATA E ASSINATURAS

Declaro, sob as penas da lei, que todas as informações prestadas nesta ficha são verdadeiras, responsabilizando-me por sua exatidão.

LOCAL

DATA

Associado(a)

Assinatura do(a) filiado(a)

Representante do Sindicato

Assinatura e carimbo — SINTERMS



Rua Maracaju, 371- Centro



(67) 3384-5972



(67) 99292-1704



www.sinterms.org.br



sinterms@sinterms.org.br



[sintermsms](#)