


## Ficha de Associação ao SINBRAFR/RS

 <b>SINBRAFR-RS</b> SINDICATO DOS EMPREGADOS EM INSTITUIÇÕES BENEFICENTES, RELIGIOSAS, ASSISTENCIAIS E FILANTRÓPICAS DO ESTADO DO RGS	Para uso do Sinbrafr/RS	
	Agora estou protegida(o), sou sindicalizada(o), sou SINBRAFR/RS!	Associado(a)  Instituição nº: Associado(a) nº: Associou-se em: Desligou-se em:
ATENÇÃO: FAVOR PREENCHER TODOS OS CAMPOS QUE TENHAM (*)	Nome completo*: _____ CPF*: _____ Data de nascimento*: _____	
	Nome da mãe*: _____ Sexo*: ( ) Masc ( ) Fem Estado civil: _____	
	Celular/WhatsApp*: _____ Envio de SMS*: ( ) Sim ( ) Não E-mail*: _____ Envio de e-mail*: ( ) Sim ( ) Não	
	Endereço*: _____ Nº/complemento*: _____	
	Bairro*: _____ Cidade*: _____ CEP*: _____	
	Data de admissão: _____ Cargo*: _____	
	<b>Dados da Instituição Empregadora</b>	
	Nome*: _____ CNPJ*: _____	
	Endereço: _____ Nº/complemento: _____	
	Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____ Telefone: _____ E-mail: _____	
<b>Instruções:</b> • Imprima ou fotografe a sua Carteira de Trabalho (página com foto, dados pessoais e contrato de trabalho) • Envie tudo pelo correio, e-mail ou WhatsApp ou entregue pessoalmente ou peça para alguém da sua confiança entregar na sede do Sinbrafr/RS. • Em caso de dúvida no preenchimento, faça contato. - Endereço: rua Dr. Flores, 62, sala 1102, Centro, Porto Alegre/RS – 90020-120 - E-mail: <a href="mailto:convenios@sinbrafr.com.br">convenios@sinbrafr.com.br</a> - Telefone: (51) 3062-6069 - WhatsApp: (51) 9587-4263		
<b>Dependentes</b>		
1 - Nome: _____ CPF: _____ Data de nascimento: _____ Sexo: ( ) M ( ) F  Parentesco: ( ) Cônjuge ( ) Filho/filha ( ) Pai/mãe ( ) Sogro/sogra  Nome da mãe: _____		
2 - Nome: _____ CPF: _____ Data de nascimento: _____ Sexo: ( ) M ( ) F  Parentesco: ( ) Cônjuge ( ) Filho/filha ( ) Pai/mãe ( ) Sogro/sogra  Nome da mãe: _____		
3 - Nome: _____ CPF: _____ Data de nascimento: _____ Sexo: ( ) M ( ) F  Parentesco: ( ) Cônjuge ( ) Filho/filha ( ) Pai/mãe ( ) Sogro/sogra  Nome da mãe: _____		
4 - Nome: _____ CPF: _____ Data de nascimento: _____ Sexo: ( ) M ( ) F  Parentesco: ( ) Cônjuge ( ) Filho/filha ( ) Pai/mãe ( ) Sogro/sogra  Nome da mãe: _____		
<b>Conheça todos os seus benefícios!</b>		
<p><b>A lista atualizada dos benefícios exclusivos aos associados ou para a categoria você encontra em <a href="http://www.sinbrafr.com.br">www.sinbrafr.com.br</a>.</b></p> <p><b>A inclusão dos trabalhadores nos benefícios conquistados em Convenção Coletiva de Trabalho (CCT) é de responsabilidade da sua instituição empregadora. Caso tenha alguma dúvida a respeito da sua inclusão, faça contato com o Sinbrafr/RS.</b></p> <p><b>Benefícios conquistados em CCT:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plano Odontológico</li> <li>• Seguro de Vida em Grupo (SVG)</li> <li>• Bem Estar Social (BES)</li> </ul>		
_____ Assinatura da(o) Associado(a)	_____ De Acordo - Sinbrafr/RS	

## **TERMO DE ADESÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, nascido(a)  
em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_, empregado da instituição  
\_\_\_\_\_, pelo presente instrumento,  
formalizo minha sindicalização ao SINBRAFRS, conforme condições descritas abaixo.

### **Art. 1º - ASSOCIAÇÃO E BENEFÍCIOS**

São oferecidos aos sindicalizados os seguintes benefícios estabelecidos no presente termo e seus anexos, conforme as modalidades de sindicalização no SINBRAFRS, em todo o estado do Rio Grande do Sul. Os convênios oferecidos poderão ser substituídos, modificados ou excluídos, conforme acerto com os parceiros.

**MENSALIDADE ASSOCIATIVA:** R\$ 9,00 (nove reais), valor referente a decisão em assembleia extraordinária da categoria, podendo este valor ser alterado em uma futura decisão assemblear.

### **CONVÊNIO MÉDICO**

**PLANO AMBULATORIAL:** atinge capital e região metropolitana. Dá direito a consultas e exames, conforme ANS.

**PLANO COM DESCONTO 1:** convênio médico com desconto em consulta e exames. Abrange a capital e a região metropolitana.

**PLANO COM DESCONTO 2:** Desconto em consultas e exames. Abrange apenas a cidade de Santa Maria.

### **COLÔNIA DE FÉRIAS**

Localizada na Praia Balneário Pinhal, possuindo casas com 1 quarto (que acomodam até 4 pessoas) e casas de 2 quartos que acomodam até 6 pessoas. O valor será pago por pessoa, sendo que crianças com até 7 anos são isentas.

### **CARTÃO DE BENEFÍCIOS BULLA**

Cartão com bandeira Mastercard que dá direito a compras à vista/prazo e saques em dinheiro. Não tem anuidade, apenas taxa de uso por mês utilizado.

**§1º:** O SINBRAFRS não se responsabiliza pela qualidade técnica e profissional dos serviços prestados pelas empresas conveniadas, bem como pelo recebimento dos valores estabelecidos pelas mesmas, a título de pagamento direto de eventuais consultas, exames, serviços e produtos. No entanto, compromete-se a fiscalizar os atendimentos e serviços prestados a fim de acompanhar a execução, buscando sempre sua melhoria em qualidade.

**§2º:** São considerados dependentes dos trabalhadores da categoria casados ou por união estável e os filhos. Fica previamente estabelecido que, quando ocorrer a inclusão de cônjuge em quaisquer modalidades, deverá o ADERENTE apresentar a certidão de casamento ou declaração de união estável reconhecida em cartório.

**§3º:** Em caso de dispensa, os sindicalizados e seus dependentes serão excluídos, em função da perda do vínculo empregatício, exceto se o empregado desejar permanecer após dispensa, nos termos do Art. 4º deste instrumento.

**§4º:** Quando houver transferência de empregado entre matriz e filial das instituições que acarretem mudança de cadastro e código, é necessária a exclusão na lista do empregador antigo e a inclusão na lista do novo empregador, além da entrega de toda documentação necessária para inclusão (ficha de adesão e/ou sindicalização e documentos pessoais do empregado e seus dependentes, quando houver).

**§5º:** O ADERENTE declara ter recebido, no momento da celebração do presente Termo de Adesão, a lista de todos os benefícios ofertados. Havendo mudança ou substituição do prestador de serviço conveniado, o SINBRAFRS informa que a atualização da lista de benefícios estará disponível no site [www.sinbraf.com.br](http://www.sinbraf.com.br) ou pessoalmente na sede do sindicato, bem como através do telefone (51) 3062-6069 ou e-mail: [convenios@sinbraf.com.br](mailto:convenios@sinbraf.com.br).

**§6º:** Somente o ADERENTE rigorosamente em dia com as suas obrigações financeiras junto ao SINBRAFRS fará jus aos benefícios e vantagens oferecidas no ato da sindicalização.



**Art. 2º - DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO**

Declaro estar ciente da presente adesão e **autorizo expressamente o desconto em folha de pagamento, em favor do SINBRAFRS**, do valor mensal da minha contribuição associativa e demais convênios aos quais venha me associar, por mim ou por meus dependentes inscritos em ficha de sindicalização, devendo a instituição empregadora repassá-lo ao SINBRAFRS nos termos do art. 545 da CLT e cláusula "Descontos" prevista em CCT vigente.

§1º: O empregado associado poderá se desfilial, a qualquer tempo, mediante solicitação formal enviada ao SINBRAFRS, que por sua vez encaminhará à instituição ofício suspendendo o desconto em folha do sindicalizado, junto com cópia da solicitação do mesmo. Caso a instituição já tenha efetuado o desconto, ela devolverá no próximo salário e, caso a instituição já tenha remetido o valor para o sindicato, este deverá ressarcir o trabalhador. As obrigações já anteriormente assumidas pelo empregado serão descontadas até o término do compromisso.

**Art. 3º - CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS**

Para os fins previstos neste termo de adesão, conforme estabelecido na Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (a "Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais" ou "LGPD"), será considerado TITULAR toda pessoa natural a quem se referem os dados pessoais que são objeto de tratamento, podendo ser tanto o aderente quanto os seus dependentes.

§1º: Ao assinar o presente termo, o TITULAR consente e concorda que o SINDICATO DOS EMPREGADOS EM INSTITUIÇÕES BENEFICENTES, RELIGIOSAS, ASSISTENCIAIS E FILANTRÓPICAS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL – SINBRAFRS, CNPJ: 08.140.145/0001-08, com sede em Porto Alegre à rua Doutor Flores, 62, sala 1101, bairro Centro Histórico, CEP 90020-120, Rio Grande do Sul, telefone (51) 3062-6069, e-mail [convencios@sinbraf.com.br](mailto:convencios@sinbraf.com.br), 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 SINBRAFRS, bem como usufruir dos benefícios oferecidos gratuita ou onerosamente pelo CONTROLADOR.

§2º: O CONTROLADOR fica autorizado a tomar decisões referentes ao tratamento e a realizar o tratamento dos seguintes dados pessoais do TITULAR: nome completo; sexo; nome da mãe; número e imagem do cadastro de pessoas físicas (CPF); número e imagem da carteira de identidade (RG); data de nascimento; estado civil; telefones residencial, celular e WhatsApp; e-mail(s); endereço residencial completo; código de endereçamento postal (CEP); cargo/função; data de admissão; imagem do comprovante de residência (luz ou telefone); imagem da carteira de trabalho; imagem do contracheque; dados do empregador: razão social, CNPJ, telefones, e-mail e endereço completo; dados pessoais do(s) dependente(s): nome, data de nascimento, número e imagem do CPF, parentesco com o titular, sexo, nome da mãe, imagem da carteira de identidade (RG), imagem da certidão de nascimento, imagem da certidão de casamento, imagem da declaração de união estável e assinatura.

§3º: 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, elaboração de relatório e planilha, bem como a manutenção do TITULAR nos sistemas que administram os benefícios 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, carteirinhas, e/ou emissão de 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 social e aos valores devidos em razão dos benefícios aderidos onerosa e voluntariamente pelo TITULAR, tais como: benefícios de saúde, medicamento, lazer etc;
- Possibilitar a alimentação de plataformas, sistemas, programas, sites etc. que controlam, administram e regulamentam o(s) benefício(s) aderido(s) pelo TITULAR (benefícios de saúde, medicamento, lazer etc.);
- Possibilitar o recebimento, pelo TITULAR, de jornais, notícias, enquetes, pesquisas, reportagens, manifestos etc., no formato impresso ou eletrônico;
- Possibilitar a atuação e acompanhamento de processos administrativos e demais atos inerentes às atividades legais e prerrogativas sindicais;
- Possibilitar o agendamento de atendimentos presenciais ou virtuais;
- Possibilitar a inclusão em grupo de mensagem a fim de prestar orientações e informações de interesse da categoria.

**§4º:** O CONTROLADOR fica autorizado a compartilhar os dados pessoais do TITULAR com outros agentes de tratamento de dados (parceiros do CONTROLADOR), a fim de possibilitar as operações necessárias a garantir o cumprimento dos princípios e finalidades do CONTROLADOR, estabelecidos pelo Estatuto Social do SINBRAFRS, como a manutenção e a utilização dos benefícios aderidos para as finalidades listadas neste termo, observados os princípios e as garantias estabelecidas pela Lei nº 13.709/2018.

**§5º:** 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 com o 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.

**§6º:** O CONTROLADOR poderá manter e tratar os dados pessoais do TITULAR durante todo o período em que o TITULAR se mantiver associado ao SINBRAFRS e até 5 (cinco) anos após a rescisão do contrato de trabalho, 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.

**§7º:** O TITULAR tem direito de 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.

Declaro estar esclarecido e de acordo com os artigos do presente termo, bem como ciente de todas as disposições nele contidas, e por exclusiva vontade resolvo firmá-lo.

Porto Alegre/RS, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Empregado(a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura SINBRAFRS

**ATENÇÃO: é necessário rubricar todas as páginas.**