SECVGAF
Sindicato dos Empregados no Comércio Varejista de Gêneros Alimentícios de Fortaleza

Sindicato dos Empregados no Comércio Varejista de Gêneros Alimentícios de Fortaleza
CNPJ 05.391.366/0001-52
Rua Jaime Benévolo, 1040 – José Bonifácio - Fone: (85) 3254-1904

PROPOSTA DE ADESÃO À FILIAÇÃO SINDICAL

O Sindicato dos Empregados no Comércio Varejista de Gêneros Alimentícios de Fortaleza/CE - SECVGAF, em cumprimento ao Estatuto Social da entidade, oferta neste ato ao(a) empregado(a) no comércio varejista de gêneros alimentícios e eventuais dependentes, a opção para adesão à filiação sindical, nas condições previstas neste termo:

☐ Opto pelo benefício;
☐ Não opto pelo benefício;

Declaro que estou ciente do valor da mensalidade sindical em vigor apresentada no ato da apresentação desse termo, bem como dos reajustes anuais através das convenções coletivas de trabalho vigentes em cada ano e, por consequência, o valor que passarei a pagar em caso de opção pela adesão à filiação sindical e eventuais dependentes.

Preenchimento do cadastro – LEIA COM ATENÇÃO

OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS DA PLANILHA PELO(A) FILIADO(A). SUJEITO A DEVOLUÇÃO.

1.1 Código da inscrição _____ 1.2 Data ____/_____/_____	Valor:

a. Dados do(a) Filiado(a): Cód:

2.1 Nome Completo:
3.1 Endereço completo: _____ 3.2 Bairro:_____
4.1 Telefones de contato: ( )_____/ ( )_____ 4.2 Email: _____
5.1 Estado civil: _____ 5.2 . Sexo: M ( ) F ( ) 5.3 Nome da mãe _____
6.1 Empresa: _____ 6.2 CNPJ:_____ 6.3 Função:_____
7.1 Data de Ad: ___/___/____ 7.2 CPF: _____ 7.3 RG: _____
8.1 Data de Nas:___/___/____ 8.2 Escolaridade: ( ) Ens. Fund. ( ) Ens. Médio ( ) Ens. Sup.

☐ Opto pela inclusão de dependentes; ☐ Não opto pela inclusão de dependentes

b. Dados dos Dependentes:

1.1 Nome Completo:	1.2 Data de nasc. ____/____/____	1.3 Grau de Parent:	CPF:
2.1 Nome Completo:	2.2 Data de nas. ____/____/____	2.3 Grau de Parent:	CPF:
3.1 Nome Completo:	3.2 Data de nas. ____/____/____	3.3 Grau de Parent:	CPF:
4.1 Nome Completo:	4.2 Data de nas. ____/____/____	4.3 Grau de Parent:	CPF:

Declaro, para os devidos fins, que as informações prestadas são expressões da verdade, responsabilizando-me civil e criminalmente pela integralidade de seu conteúdo.

_____
Assinatura do (a) Filiado(a)

Uso Exclusivo do Sindicato

Carimbo e Assinatura

_____

Data:

_____/_____/_____

SECVGAF
Sindicato dos Empregados no Comércio Varejista de Gêneros Alimentícios de Fortaleza

Sindicato dos Empregados no Comércio Varejista
de Gêneros Alimentícios de Fortaleza
CNPJ 05.391.366/0001-52
Rua Jaime Benévolo, 1040 – José Bonifácio - Fone: (85) 3254-1904

TERMO DE DECLARAÇÃO DA FILIAÇÃO SINDICAL

De acordo com as determinações constantes no art. 4º do Estatuto Social do Sindicato Profissional, declaro estar ciente de que:

1. A presente proposta estará sujeita a aprovação pela Diretoria Executiva do Sindicato Profissional.

2. A mensalidade sindical deverá observar o valor constante na convenção coletiva de trabalho vigente a cada ano, sendo certo, ainda, que estará sujeita aos reajustes anuais previstos no referido instrumento.

3. O desconto da mensalidade sindical será realizado pelo empregador, a qual declaro, no presente termo, que prestarei as autorizações devidas para o desconto na folha de pagamento mensal.

4. O atraso no pagamento da mensalidade sindical por parte do empregador no período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses, implicará na suspensão total dos serviços contratados e acarretará a exclusão do(a) filiado(a) e dependentes.

5. A exclusão mencionada no item anterior não isentará o(a) filiado(a) do pagamento das mensalidades pendentes.

6. Em caso de não recebimento do documento de cobrança da mensalidade sindical por parte do empregador, até 05 (cinco) dias após o respectivo desconto em folha, o(a) filiado(a) deverá entrar em contato imediatamente com a Central de Atendimento do SECVGAF a fim de receber instruções para o pagamento, conforme telefone e endereço previsto no rodapé do presente termo.

7. Enquanto(a) o filiado(a) estiver ativo, o Sindicato Profissional manterá a prestação dos serviços relacionados ao atendimento médico, odontológico e jurídico, convênios com instituições de ensino e clubes de lazer, entre outros.

8. Poderão ser incluídos dependentes, conforme a opção escolhida na proposta de adesão à filiação sindical, podendo incluir cônjuge, filhos e genitores (pai e mãe).

9. Poderão ser excluídos os dependentes a qualquer tempo. Os dependentes deverão ser excluídos quando perderem a condição de elegibilidade que lhe propiciou a inscrição da filiação.

10. No caso de admissão em novo emprego cujo vínculo profissional tem relação com o comércio varejista de gêneros alimentícios em Fortaleza/CE, o filiado(a) deverá informar ao Sindicato Profissional tal condição para que seja realizada a cobrança do novo empregador, sob pena de desfiliação.

11. No caso de admissão em novo emprego cujo vínculo profissional não tem relação com comércio varejista de gêneros alimentícios em Fortaleza/CE, o(a) filiado(a) compromete-se a realizar o pedido de cancelamento da filiação, sob pena de responder judicialmentepor perdas e danos.

12. Declaro estar ciente das disposições no Estatuto Social, bem como de todos os Instrumentos Coletivos de Trabalho negociados pelo Sindicato Profissional, publicações de editais, participação de assembleias, bem como todos os direitos e deveres constantes nos arts. 5º e 6º do Estatuto Social, durante o tempo que perdurar a filiação.

13. Declaro, ainda, que estou sujeito às penalidades previstas no art. 7º do Estatuto Social sempre que descumpri-lo, estando sujeito a suspensão ou exclusão do quadro social de associados.

14. Caso não tenha interesse em continuar com a filiação, o filiado(a) e seus dependentes deverão comunicar formalmente ao Sindicato Profissional, entre o 1º e 14º dia do mês da pretensão de cancelamento, devendo comparecer obrigatoriamente à sede do sindicato, conforme endereço informado no rodapé, com 30 (trinta) dias de antecedência ao vencimento da próxima mensalidade, devolvendo imediatamente os cartões de identificação e portando RG ou Habilitação.

15. Caso o(a) filiado(a), ou qualquer de seus dependentes, solicitar o cancelamento da filiação em até 6 (seis meses) da realização de qualquer serviço médico e/ou odontológico, estará sujeito ao ressarcimento do percentual de 50% (cinquenta por cento) dos valores gastos pelo Sindicato Profissional no tratamento realizado.

16. Em caso de utilização indevida, o(a) filiado(a) titular e dependentes estarão sujeitos às sanções civis e penais da lei, bem como ao ressarcimento de todas as despesas pagas pelo Sindicato Profissional.

17. Declaro estar ciente da adesão a Apólice de Seguro Coletivo de Pessoas, conforme o Contrato firmado entre o Sindicato Profissional e o Grupo Affinity Seguros, bem como de todas as condições gerais da apólice de seguro coletivo de pessoas, com a ciência geral de todos os seus termos.

18. Em caso de morte, os dependentes terão direito a opção pela continuidade da filiação por até 1/3 (um terço) do período total filiação do(a) filiado(a) titular, limitado até 12 (doze) meses.

19. Declaro de forma prévia e expressa que estou ciente dos descontos a título de contribuição sindical, a ser descontada anualmente na folha de pagamento do mês de março de cada ano; contribuição assistencial, a ser descontada anualmente na folha de pagamento do mês subsequente ao da homologação da convenção coletiva de trabalho vigente a cada ano, e; mensalidade sindical, a ser descontada mensalmente na folha de pagamento, tanto do(a) filiado(a) titular quanto dos dependentes.

20. Declaro para os devidos fins e efeitos, que as informações prestadas são verdadeiras e completas, sob pena do Sindicato Profissional tomar as medidas judiciais cabíveis. Em caso de omissão responsabilizar-se-á por qualquer despesa decorrente da utilização indevida, acarretando a rescisão da filiação.

21. Autorizo, desde já, o SECVGAF a solicitar, a qualquer tempo, documentação comprobatória referente à sua adesão à filiação sindical, tais como: cópia da carteira de trabalho onde consta o último registro de empregado e a folha seguinte, comunicado de dispensa, dentre outros.

Fortaleza, _____de_____de _____

_____
Assinatura do (a) Filiado(a)

Uso Exclusivo do Sindicato

Carimbo e Assinatura

_____

Data:

_____/_____/_____