Sindicato Dos Servidores Públicos Do Estado De São Paulo

SISPESP
Fundação 1988 - CNPJ: 60.260.155/0001-99
Rua Silveira Martins, 53 4º Andar - Praça da Sé - São Paulo/SP - CEP: 01019-000
Telefones: 11 3106-5098 / 11 95636-7601 E-mail: sispesp@sispesp.or.br

AUTORIZAÇÃO PARA FILIAÇÃO

Nome: _____ Nascido _____ Sexo: _____

CPF: _____ RG: _____ PIS: _____ Estado Civil: _____

RS / MAT / BENEF.: _____ / _____ Cargo: _____

Orgão / Entidade: _____

Nome da Mãe: _____

Nome do Pai: _____

Endereço: _____

Nº: _____ Comp: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ _____ UF: CEP: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Dependentes - Cônjuge e Filho(s) ate 18 anos

1	CPF	Nasc.
2	CPF	Nasc.
3	CPF	Nasc.
4	CPF	Nasc.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO, CIÊNCIA E DECLARAÇÃO

Eu, supraqualificado(a), **AUTORIZO** a minha inscrição no quadro associativo do SISPESP – Sindicato dos Servidores Públicos do Estado de São Paulo, inscrito no CNPJ sob o nº 60.260.155/0001-99. Autorizo, de forma expressa, o desconto em minha folha de pagamento, ou por outros meios de cobrança, referente à mensalidade associativa, às contribuições devidas ao Sindicato e aos demais pagamentos previstos em lei (art. 545 da CLT, com redação dada pela Lei nº 13.467/2017), bem como de valores decorrentes da utilização de outros serviços e convênios disponibilizados pela entidade, comprometendo-me a observar rigorosamente as normas estatutárias.

Estou **CIENTE** de que, visando ao custeio da estrutura disponibilizada, a utilização de consultas (jurídicas, médicas, psicológicas e odontológicas), bem como o uso de serviços de convênios e benefícios, fica condicionada à manutenção da minha condição de associado(a) pelo prazo ininterrupto de 10 (dez) meses, contados a partir da data de realização da respectiva consulta ou da utilização do serviço.

Estou **CIENTE**, também, de que, no caso de ingresso de ação judicial, a prestação do serviço jurídico fica condicionada à minha permanência como associado(a) durante todo o trâmite processual, estendendo-se pelo prazo de 10 (dez) meses após o trânsito em julgado e o encerramento definitivo do respectivo processo.

DECLARO, ainda, estar ciente e de pleno acordo com as seguintes disposições: Caso eu solicite a minha desfiliação ou deixe de manter a minha condição de associado(a) antes do cumprimento dos prazos mínimos estabelecidos nas condições acima, deverei pagar uma indenização ao Sindicato no valor fixo correspondente a 10 (dez) mensalidades, calculadas sobre o valor vigente na data do pagamento. Esse valor destina-se exclusivamente a custear as despesas operacionais dos serviços por mim utilizados. Conforme previsão estatutária, ao requerer o desligamento da entidade, o associado não poderá ter débitos constituídos com o Sindicato. Compreendo que, caso haja recusa no pagamento de eventuais dívidas de minha parte, a Diretoria Executiva ficará obrigada a realizar a cobrança pelos meios legais cabíveis, o que inclui o protesto em cartório, a inclusão em órgãos de proteção ao crédito (SPC e Serasa), entre outras medidas extrajudiciais e judiciais.

Documentos Necessarios

Cópia do último holerite, RG, CPF e comprovante de residência - Entregar na sede do Sindicato, por E-mail, WhatsApp (11) 95636-7601 ou correio. Autorizo a cobrança da mensalidade no valor de R$ 29,80 por meio de desconto em:

☐ Folha de Pagamento ☐ Boleto Bancário ☐ Transferência Bancária ☐ Pix secretaria@sispesp.org.br

Data de início no Serviço Público _____/_____/_____

_____, _____de _____ de _____ _____

Assinatura

Em conformidade com a Lei nº. 13.709/18 - Lei Geral de Proteção de Dados, AUTORIZO a inserção de meus dados pessoais nos cadastros do SISPESP, bem como a realização de tratamento de tais dados, envolvendo todas e quaisquer operações condizentes com a filiação/associação.

Usuário: Impresso em: 08/07/2026 14:06:54