

ATENÇÃO TRABALHADORES(AS) TELEFÔNICOS/AS DA  
 ATIVA, APOSENTADOS/AS E PENSIONISTAS

# ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA

Confira os casos em que pode haver Isenção de Imposto de Renda:

- Isenção de IR para aposentados e pensionistas com doenças graves
- Aplicável para 18 doenças, incluindo Câncer, Cardiopatia e Paralisia
- Receba de volta até 5 anos do IR pago



## QUEM TEM DIREITO À ISENÇÃO/RESTITUIÇÃO?

Se você é aposentado, pensionista, beneficiário da previdência privada, militar reformado ou da reserva, e possui doença grave listada na Lei 7.713/88, como:

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| • Neoplasia Maligna (Câncer)             | Deformante)                       |
| • Cardiopatia Grave                      | • Doença de Parkinson             |
| • Paralisia Irreversível e Incapacitante | • Esclerose Múltipla              |
| • AIDS                                   | • Espondiloartrose Anquilosante   |
| • Alienação mental                       | • Fibrose Cística (Mucoviscidose) |
| • Aposentadoria por Acidente de Serviço  | • Hanseníase                      |
| • Cegueira                               | • Hepatopatia Grave               |
| • Contaminação por Radiação              | • Moléstias Profissionais         |
| • Doença de Paget (Osteíte               | • Nefropatia Grave                |
|  | • Tuberculose Ativa               |

Para maiores informações entre em contato pelo telefone do SINTTEL-RS (51) 3286.9600 nas Segundas-Feiras e Quintas-Feiras das 8:00 às 12:00 horas ou de Segundas à Sextas Feiras pelo fone ou WhatsApp (51) 98580.3437 e fale com o Dr. Neto.

**SINDICALIZE-SE E FORTALECE A LUTA DE TODA A CATEGORIA.  
 LEMBRE-SE: QUEM LUTA POR VOCÊ É O SINDICATO!**

# FICHA DE FILIAÇÃO

## DADOS PESSOAIS

Nome:	Sexo: Masculino ( ) Feminino ( ) Gênero: Outro ( ) Qual:	
RG:	CPF:	
Data Nascimento:	Estado Civil:	Naturalidade:
Endereço:		
Cidade/CEP:	Telefone:	
E-mail:		
Nome do Pai:	Nome da Mãe:	

## DADOS PROFISSIONAIS

Empresa:	Cargo/Função:	Matrícula:	
Endereço Profissional:			
( ) Ativo ( ) Fundação ( ) Aposentado/a INSS ( ) Pensionista			
Dependente	CPF	Data Nascimento	Parentesco

## MODALIDADE DE DESCONTO

**1) TRABALHADORES ATIVOS** - Autorizo, conforme a modalidade escolhida abaixo, o desconto no meu salário base, do valor correspondente a 1,5% (um vírgula cinco por cento) para pagamento da mensalidade associativa ao SINTEL-RS.

**2) APOSENTADOS E PENSIONISTAS** - Autorizo, conforme a modalidade escolhida abaixo, o desconto no percentual de 0,33% (zero, trinta e três por cento) do valor do meu benefício previdenciário para pagamento da mensalidade associativa de forma bimestral ao SINTEL-RS.

**OBSERVA-SE QUE:** Em caso de associado ser adquirente/beneficiário de Plano de Saúde junto à entidade, os valores serão recebidos cumulativamente de forma mensal.

Autorizo, conforme modalidade escolhida abaixo, para desconto no meu salário, o pagamento das mensalidades e/ou parcelas devidas ao SINTEL-RS:

- ( ) Desconto em folha de pagamento da empresa.  
( ) Débito em conta | Banco:                      Agência:                      Conta Corrente:  
( ) Boleto bancário

## ORIENTAÇÃO PARA ENTREGA DA FICHA

Entregue a ficha ao seu Representante Sindical ou encaminhe para o email [sinttelrs@sinttelrs.org.br](mailto:sinttelrs@sinttelrs.org.br) ou via WhatsApp para Secretaria, através do número (51) 99726.8883 em arquivo PDF, JPG ou outro arquivo disponível | **Pelo Site do SINTEL -RS:** Na Aba sindicalize -se imprima a ficha e proceda como acima orientado ou responda o questionário e envie on -line. Na sequência, o trabalhador(a), receberá a ficha preenchida conforme questionário para assinatura eletrônica.

## AUTORIZAÇÃO

Com base na Lei 13.709/18, que regula a Proteção de Dados Pessoais, autorizo o SINTEL -RS, por tempo indeterminado, a utilizar os meus dados pessoais, inclusive, os sensíveis, bem como os dados dos meus dependentes e companheiro (a), para informar ao meu empregador e/ou qualquer outra pessoa jurídica e/ou física sobre: a minha filiação a esta entidade sindical e/ou implementar/formalizar/exercer adesão a convênio de lazer, convênios de consumo, plano de saúde, cursos, desde que tenham sido requeridos por mim.

Por conta da filiação a esta entidade sindical, desde já, autorizo o SINTEL -RS a promover minha adesão/participação ao Convênio com a Masterclin Serviços Administrativos Ltda - CNPJ: 14.712.948/0001 -84, que assegura descontos na prestação de serviços de empresas/restaurantes, entre outros, desde que credenciados à Masterclin.

Autorizo o SINTEL -RS, a utilizar minha imagem nos jornais, fotos, revistas, site, redes sociais e em qualquer outro meio de comunicação, inclusive, os telemáticos para matérias/publicidade/informativo/panfletos/boletins relacionados: ao trabalho, as relações coletivas de trabalho e de qualquer outro conteúdo de interesse da categoria telefônica, não servindo esta autorização para questões político-partidárias.

Declaro, para todos os fins e sob as penas da lei, que estou regularmente autorizado a fornecer os dados pessoais e sensíveis dos meus dependentes e de meu (minha) companheiro (a).

Local \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Titular)

\_\_\_\_\_  
(Presidente)

Para se sindicalizar pelo site, acesse o QRCode

