

ATENÇÃO TRABALHADORES(AS) NA OI

## **INFORME SOBRE O PLANO DE SAÚDE CNU**

O SINTTEL-RS e a FITRATELP informam aos **trabalhadores/as da Oi S.A.** e aos Sindicatos filiados que a empresa emitiu um comunicado esclarecendo que, desde a segunda-feira (**01/06/2026**), o trabalhador tem **nova numeração na carteirinha virtual do plano de saúde CNU (Unimed)**.

### **ORIENTAÇÕES IMPORTANTES REPASSADAS PELA EMPRESA**

**1)** A atualização será realizada **automaticamente** no aplicativo da CNU (Unimed). Assim, ao acessar o app a partir do dia 01/06, a nova numeração já estará disponível, sem necessidade de qualquer ação adicional, como *logout*, redefinição de acesso ou reinstalação do aplicativo;

**2)** Autorizações (senhas) já emitidas antes de 01/06 para utilização a partir de 01/06/2026 e vinculadas à numeração antiga da carteirinha deverão ser solicitadas novamente, considerando a nova numeração atualizada.

Se o trabalhador ainda tiver alguma dúvida,  
**entre em contato com a CNU Unimed** através do  
**WhatsApp (11) 3268.7020**

**TRABALHADOR SINDICALIZADO É TRABALHADOR RESPEITADO.**

# 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 SINTTEL-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 SINTTEL-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 SINTTEL-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 SINTTEL -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 SINTTEL -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 SINTTEL -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 SINTTEL -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

