

# ADESÃO SOCIAL

## A.P.E.A. – Associação Paulista dos Economiários Aposentados

### **PENSIONISTA**

Nome: \_\_\_\_\_ Masc.( ) Fem.( )

Matrícula: \_\_\_\_\_ RG. \_\_\_\_\_ Org. Emissor \_\_\_\_\_ CPF. \_\_\_\_\_

Residência: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

CEP.: \_\_\_\_\_ Fone DDD ( ) \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Celular ( ) \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data do início da Pensão \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ORIGEM DA PENSÃO: FUNCEF/INSS ( ) PREVHAB ( ) INSS ( )

Nome da Agência Pagadora dos Proventos: \_\_\_\_\_

Número da Agência \_\_\_\_\_ Número da Conta nº \_\_\_\_\_

Favor fornecer o NOME e TELEFONE de um membro da família, caso haja necessidade de contato urgente.

Nome completo \_\_\_\_\_ Grau de parentesco \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Telefone + DDD

*Esse documento registra minha anuência expressa e informada a ter os meus dados tratados pela Associação para as finalidades específicas da representação associativa, podendo ser compartilhados com as entidades associativas de grau superior. Autorizo o desconto em folha de pagamento dos valores correspondentes às mensalidades associativas. Autorizo o envio de comunicados da Associação por meio físico e/ou eletrônico. A APEA/SP se compromete a tratar os dados nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e em conformidade com a “Política de Privacidade” divulgada em sua página de internet.*

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

### **PENSIONISTA DE:**

Nome: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco em relação ao titular \_\_\_\_\_

### **INDICADO POR:**

NOME: \_\_\_\_\_

TELEFONE + DDD (OPCIONAL): \_\_\_\_\_



ASSOCIAÇÃO PAULISTA DOS ECONOMIÁRIOS APOSENTADOS

Praça da República, 468 – 6º andar – Centro – São Paulo/SP - CEP 01045-000

Tel/Fax: (11) 3150-0900 – Site: www.apeasp.org.br

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO – FARMÁCIAS

Autorizo a ASSOCIAÇÃO PAULISTA DOS ECONOMIÁRIOS APOSENTADOS – APEA/SP, associação civil de direito privado, sem fins lucrativos, à qual sou associado, a atualizar em seu cadastro geral meus dados pessoais (Nome, CPF, Matrícula, Sexo) e a compartilhar estes dados com as redes de farmácia abaixo assinaladas, **com a finalidade específica de participar dos convênios firmados**, visando à aquisição de medicamentos, ou produtos diversos, comercializados com descontos pelas empresas. Os dados autorizados são protegidos pela Lei Geral de Proteção de Dados e não poderão ser utilizados para qualquer outra finalidade que não a de viabilização de minha participação nos convênios.

Estou ciente de que o compartilhamento de dados com as farmácias autoriza o recebimento de comunicações sobre ofertas, promoções e descontos através de multicanais, gera a possibilidade de recebimento de cupom fiscal por e-mail, autoriza a participação no programa de personalização de descontos e benefícios, autoriza a elaboração de relatórios estatísticos e acompanhamento de comportamento de produto no mercado.

Estou ciente que posso exercer meu direito de revogação dos consentimentos mencionados nesse termo, a qualquer tempo, devendo enviar solicitação diretamente à APEA, através dos canais disponibilizados para tanto.

Dados:

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Farmácias:

**Drogasil / Droga Raia**

**Drogaria SP**

Desejo receber mais informações sobre os convênios da APEA/SP

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_