



Sintrajufe RS

Sindicato dos Trabalhadores
do Judiciário Federal no RS

FILIADO À FENAJUFE



UNIODC

FICHA DE INCLUSÃO NA UNIODONTO

TITULAR (___) ou DEPENDENTE (___)

INFORMAÇÕES DO TITULAR:

Nome: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Cep: _____
Fone Res.: _____ Celular: _____
Orgão: _____ Lotação: _____
Matrícula/SOF: _____ Fone Com.: _____
Data nascimento: _____ CPF: _____
Nome da mãe: _____

INFORMAÇÕES DO(S) DEPENDENTE(S):

Nome: _____
Data nascimento: _____ CPF: _____ Parentesco: _____
Nome da mãe: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Cep: _____

Nome: _____
Data nascimento: _____ CPF: _____ Parentesco: _____
Nome da mãe: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Cep: _____

Nome: _____
Data nascimento: _____ CPF: _____ Parentesco: _____
Nome da mãe: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Cep: _____

Obs.: Uma vez utilizado o convênio, o beneficiário titular ou dependente, deverá permanecer no convênio durante 12 meses, a partir da data de sua inclusão.

Porto Alegre, _____ de _____ de 20__.

Assinatura

Autorizo o desconto em folha das mensalidades e taxas deste convênio.

ONTO

necer no

Valores:

R\$ 30,00 - mensalidade por pessoa

R\$ 6,00 - taxa de inclusão

