



Sintrajufe RS
Sindicato dos Trabalhadores
do Judiciário Federal no RS
FILIADO À FENAJUFE



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: _____ Celular: _____

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

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

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, 27 de setembro de 2024

Assinatura

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

Valores:

R\$ 32,00 - mensalidade por pessoa