



**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: \_\_\_\_\_

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.

### **Valores:**

R\$ 30,00 - mensalidade por pessoa

R\$ 6,00 - taxa de inclusão