

## PROPOSTA PARA SÓCIO

Matrícula UFSJ: \_\_\_\_\_

Número Siape: \_\_\_\_\_

## DADOS PESSOAIS

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

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão Exp.: \_\_\_\_\_ Emissão: \_\_\_\_\_

Título de Eleitor: \_\_\_\_\_ PIS: \_\_\_\_\_

Filiação: \_\_\_\_\_

Rua: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Tel.: Res.: ( ) \_\_\_\_\_ Cel.: ( ) \_\_\_\_\_

Nacionalidade \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

E-mail Institucional: \_\_\_\_\_

## SITUAÇÃO FUNCIONAL

Local de Trabalho: \_\_\_\_\_ Cargo/Função: \_\_\_\_\_

Campus: \_\_\_\_\_ Ramal: \_\_\_\_\_

**DEPENDENTES**

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

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

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

RG: \_\_\_\_\_ Órgão Exp.: \_\_\_\_\_ Emissão: \_\_\_\_\_

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

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

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

RG: \_\_\_\_\_ Órgão Exp.: \_\_\_\_\_ Emissão: \_\_\_\_\_

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

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

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

RG: \_\_\_\_\_ Órgão Exp.: \_\_\_\_\_ Emissão: \_\_\_\_\_

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

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

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

RG: \_\_\_\_\_ Órgão Exp.: \_\_\_\_\_ Emissão: \_\_\_\_\_

## TERMO DE ADESÃO

*Autorizo o SINDS-UFSJ, através do convênio SERPRO, Serviço Federal de Processamento de Dados, rubrica 34727-1, ou, na impossibilidade deste, através do débito em conta bancária, a descontar 1% (um por cento) de meus vencimentos brutos, referente à taxa mensal de contribuição, bem como fornecer as informações necessárias ao SINDS-UFSJ a fim de se efetuar o referido desconto.*

*Estou ciente que para a efetivação da filiação, é necessário possuir conta bancária em um dos bancos com que o SINDS-UFSJ possui convênio, a saber: Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal e Santander, e estar com a autorização para o débito automático ativa. O cancelamento desta autorização acarretará suspensão dos benefícios oferecidos por este Sindicato.*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Local

Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Associado

## AUTORIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO

( ) SIM ( ) NÃO

Coordenação:

Data: