



FICHA DE SÓCIOS

Nome			
Inscrição nº		CPF	CREA Registro
Nacionalidade	Naturalidade	Estado Civil	Data Nascimento
Residência			
CEP			Fone
Trabalho / Matrícula		Depto.	Fone
Cargo		Data Admissão Empresa	
Proponente		Data Admissão Senge	Data Demissão
Assinatura			

Estou ciente quanto à filiação e de que pagarei, junto ao boleto do plano de saúde, o valor de R\$ 3,50 (três reais e cinquenta centavos) mensais, sem direito aos outros benefícios oferecidos pelo SINTTEC-MP aos seus associados, ficando restrito somente ao convênio do plano de saúde.