

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\$ 5,00 (cinco reais) mensais, sem direito aos outros benefícios oferecidos pelo SENGE-VR aos seus associados, ficando restrito somente ao convênio do plano de saúde.