

FORMULÁRIO DE ADEÇÃO DE DEPENDENTE

Solicito inclusão de dependente (s), com devida autorização para o desconto em folha correspondente à sua inclusão, cujo valor atual é de **R\$ 9,90 (nove reais e noventa centavos) por mês**, por dependente:

DADOS DO TITULAR

TITULAR: _____

MATRÍCULA DO TITULAR: _____ CPF: _____

ATIVO () APOSENTADO (): _____

TELEFONE: _____

E-MAIL: _____

COMARCA: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO _____, CIDADE _____, CEP: _____

DADOS DO DEPENDENTE

Solicita inclusão do dependente (s)

NOME COMPLETO:

CPF:

DATA DE NASCIMENTO:

Declaro, sob as penas da lei, que as informações acima são verídicas.

PS: A inclusão está condicionada à existência de margem consignável.

PS: Eventual reajuste no valor mensal, por dependente, será previamente comunicado ao titular.

Necessário envio dos documentos por e-mail ou what zap do titular e dependentes(CI, CPF OU HABILITAÇÃO).

Assinatura do titular

Após o preenchimento do formulário encaminhar para o e-mail
convenios.izabel@serjuszmg.org.br.

Em caso de dúvidas, entre em contato pelos números:

Izabel: (31) 3025-3529/99947-4930