



### FICHA DO SÓCIO

Nome: \_\_\_\_\_ Inscrição: \_\_\_\_\_  
Filiação: \_\_\_\_\_  
Rua: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Empresa: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ Fone Residencial/Celular: \_\_\_\_\_  
Admissão: \_\_\_\_\_  
Função: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_  
Nascimento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Cidade Nascto: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Identidade/R.G.: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### DEPENDENTES

Espos(a):	_____	____/____/____
Filho(a):	_____	____/____/____
Filho(a):	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____
_____	_____	____/____/____

De conformidade com o Art. 545 da Consolidação das Leis do Trabalho, fica a Empresa onde presto serviço, Autorizada a **Descontar em Folha de Pagamento a Mensalidade de 2,5% do piso salarial (incluindo a periculosidade) da categoria** devido ao **SINFREN**.

Florianópolis - SC, \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Sócio



**AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO DE SERVIÇO ODONTOLÓGICO**

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO (SERVIÇO ODONTOLÓGICO) Autorizo o desconto mensal no valor de R \$ 27,00 (vinte e sete reais) relativos a mensalidade do serviço odontológico UNIODONTO de cada um do(s) dependente(s) abaixo relacionado(s):

Empresa: - \_\_\_\_\_

Trabalhador: -- \_\_\_\_\_

Matricula Sindical. \_\_\_\_\_

Nome do Dependente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Natural de \_\_\_\_\_

CPF. \_\_\_\_\_ SEXO ( ) M ( ) F

Filiação:

(Pai) \_\_\_\_\_

(Mãe) \_\_\_\_\_

Nome do Dependente: . \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Natural de \_\_\_\_\_

CPF. \_\_\_\_\_ SEXO ( ) M ( ) F

Filiação:

(Pai) \_\_\_\_\_

(Mãe) \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA DO SÓCIO**