

## ADMISSÃO AO SENGE-CE

Socio convidado ( ) sim (x) não

RESERVADO AO  
SENGE MATRÍCULA:

### DADOS PESSOAIS

Nome:

Nome da mãe:

Data de Nascimento:

Estado Civil:

Nacionalidade:

Naturalidade:

C.P.F:

RG:

### ENDEREÇO

Residência:

Bairro:

CEP:

Cidade:

Estado:

Telefones de Contato:

Celular (Whatsapp):

E-mail:

### DADOS PROFISSIONAIS

Curso de Graduação:

Outras Titulações:

Instituição:

Ano da Colação de Grau:

Carteira Confea-RNP nº:

Data Emissão.:

### ATIVIDADES PROFISSIONAIS

Empresa onde trabalha:

Data de admissão:

Cargo:

Telefone

Endereço:

### DEPENDENTES PARA UNIMED

| NOME | PARENTESCO | NASC. | CPF |
|------|------------|-------|-----|
|      |            |       |     |
|      |            |       |     |
|      |            |       |     |
|      |            |       |     |
|      |            |       |     |

Observação:

1) Para profissional: anexar cópia da Carteira do CREA/CAU ou diploma e comprovante de endereço;

2) A inadimplencia com as contribuições sociais acarretará perda (s) do(s) serviço(s) / beneficio (s)

Fico ciente que a utilização dos serviços/benefícios oferecidos pelo Senge-CE requer que eu esteja adimplente com minhas contribuições sociais.

Fortaleza-CE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura

**PARECER DA DIRETORIA**

Em reunião do dia, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

a Diretoria definiu a presente solicitação.

Presidente Senge-CE