



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO

CADASTRO

| | | | |
|-------------------------------|-------------|------------------------|--------------|
| Nome: | | | |
| Data Nascimento: | | Sócio desde: | |
| Rua: | | Número: | |
| Bairro: | | Complemento: | |
| Cidade: | | CEP: | |
| E-mail: | | Telefone: | |
| Setor: | | Ramal: | |
| Cargo: | | SIAPE: | |
| Salário base R\$: | | CPF: | |
| Dependentes | | | |
| | Grau | Data Nascimento | Sexo: |
| 1. _____ | _____ | ___/___/___ | ___ |
| 2. _____ | _____ | ___/___/___ | ___ |
| 3. _____ | _____ | ___/___/___ | ___ |
| 4. _____ | _____ | ___/___/___ | ___ |
| 5. _____ | _____ | ___/___/___ | ___ |
| Observações/Sugestões: | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |

Autorizo desconto de 1% da mensalidade na folha de pagamento através do SIAPE.

Em caso de não ocorrer o desconto na folha de pagamento através SIAPE, autorizo o banco _____, a debitar em minha c/c _____ Agência _____, o valor correspondente a mensalidade da ASHU, REFERENTE A 1% do meu salário base. (R\$: _____).

OBS: Na assinatura deste cadastro, o sócio deve permanecer associado no mínimo 1 ano e 6 meses.

Assinatura do sócio

Assinatura do presidente

Data: ___/___/___