SOBERJ

Ficha de Cadastro de Associado SOBERJ e Adesão ao Plano de Assistência Médica

Firjan SENAI SESI IEL CIRJ

À SOBERJ

O empregado abaixo requer sua inscrição e/ou de seus dependentes, no quadro de associados dessa Entidade, autorizando que seja feito nos seus vencimentos mensais o desconto o valor da contribuição social da SOBERJ.

Declara ter ciência que a opção pela inclusão na Assistência Médica poderá implicar, também, em desconto nos seus vencimentos mensais e que deverá anexar a este formulário, cópia de RG, CPF e certidões (casamento/união estável/nascimento) de todos os inscritos, sem as quais a requisição não poderá ser atendida.

Dados do Associado

Nome Completo			*Matrícula Funcional*
Endereço			*Complemento*
Bairro	*Município*	*CEP*	*Estado*
Sexo	*CPF*	*E-mail*	*Celular*

Dados da Empresa

Entidade		*Unidade/Área*
Data de admissão	*Salário*	*Cargo*

Declaro que tomei conhecimento das informações sobre a **SOBERJ** e ☐ desejo aderir ☐ não desejo aderir.

Declaro que tomei conhecimento das informações sobre o **Plano de Assistência Médica** e ☐ desejo aderir ☐ não desejo aderir.

Tipo de Plano ☐ Golden Care V ☐ Essencial 200 ☐ Especial 200

Declaro que tomei conhecimento das informações sobre o **Plano de Assistência Odontologica** e ☐ desejo aderir ☐ não desejo aderir.

Tipo de Plano ☐ Goldental 4 ☐ Goldental 6 ☐ Goldental 8 ☐ Goldental 10

Cadastro de Dependentes

Nome do Dependente	Parentesco	*Com SOBERJ*	*Com Assistência Médica*	*Com Assistência Odontológica*
		☐ *Sim* ☐ *Não*	☐ *Sim* ☐ *Não*	☐ *Sim* ☐ *Não*
		☐ *Sim* ☐ *Não*	☐ *Sim* ☐ *Não*	☐ *Sim* ☐ *Não*
		☐ *Sim* ☐ *Não*	☐ *Sim* ☐ *Não*	☐ *Sim* ☐ *Não*
		☐ *Sim* ☐ *Não*	☐ *Sim* ☐ *Não*	☐ *Sim* ☐ *Não*
		☐ *Sim* ☐ *Não*	☐ *Sim* ☐ *Não*	☐ *Sim* ☐ *Não*
		☐ *Sim* ☐ *Não*	☐ *Sim* ☐ *Não*	☐ *Sim* ☐ *Não*
		☐ *Sim* ☐ *Não*	☐ *Sim* ☐ *Não*	☐ *Sim* ☐ *Não*

Local e data	*Assinatura do Empregado Associado*