



## FICHA PARA CADASTRO

Nome:	Matricula:	
Endereço:	Bairro:	
CEP:	UF:	
Cidade:		
Fone Resid. :	Comercial:	Celular:
Data de nascimento: ____/____/____		
<b>Unidade de Origem:</b>		
<b>Relação dos Dependentes : - De acordo com Estatuto em vigor na instituição</b>		
Esposa (o):		
Pai <input type="checkbox"/> ou Sogro <input type="checkbox"/> :		
Mãe <input type="checkbox"/> ou Sogra <input type="checkbox"/> :		
Filhos:		

✓ **AUTORIZO O FASBOM A EFETUAR O DESCONTO DA MENSALIDADE E DAS MINHAS DESPESAS EM FOLHA DE PAGAMENTO.**

**Obs. : Os Auxílios Funerais, serão pagos, obedecendo rigorosamente a relação dos dependentes**

\_\_\_\_\_ - MS, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Associado

\_\_\_\_\_  
Presidente do FASBOM