



FICHA ASSOCIATIVA UNICOM - UNIÃO COMUNITÁRIA DOS SERVIDORES PÚBLICOS

Tipo de Sócio: () Beneficiário () Associado Relacionado Familiar

Nome por extenso: _____

Residência: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Tel.: _____

Data de nascimento: ____/____/____ CPF: _____

Parente vinculado ao Servidor Público conforme previsto no estatuto.

Nome		Código de Parentesco
1		
2		
3		
4		

- | | | | | | | | |
|---|--------|----|-------|----|-------------|----|---------|
| 1 | Marido | 6 | Mãe | 11 | Sogro | 16 | Irmã |
| 2 | Esposa | 7 | Neto | 12 | Sogra | 17 | Avós |
| 3 | Filho | 8 | Neta | 13 | Companheiro | 18 | Enteado |
| 4 | Filha | 9 | Genro | 14 | Companheira | 19 | Enteada |
| 5 | Pai | 10 | Nora | 15 | Irmão | | |

Declaro que sou responsável pelas informações sobre o parente acima indicado e, que estou ciente da possibilidade da Entidade ou da Administradora de Benefícios solicitar um comprovante documental a qualquer tempo.

Local e data	Assinatura beneficiário titular
_____	_____