

**Dados Pessoais:**

Nome:		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
RG:	CPF:		
Data de Nascimento:	Estado Civil:	Naturalidade:	
Endereço:			
Cidade/CEP:		Telefone:	
E-mail:			
Nome do Pai:		Nome da Mãe:	

**Dados Profissionais:**

Empresa:	Função:
<input type="checkbox"/> Ativo(a) <input type="checkbox"/> Fundação <input type="checkbox"/> Aposentado(a)/INSS <input type="checkbox"/> Pensionista	
Matrícula:	

Dependente	CPF	Data de Nascimento	Parentesco

**Modalidade de Desconto**

Autorizo, conforme modalidade escolhida abaixo, para desconto no meu salário, o pagamento das mensalidades e/ou parcelas devidas ao Sinttel.

- Desconto em folha de pagamento da empresa e/ou pela Fundação Atlântico.
- Débito em Conta.  
Banco: \_\_\_\_\_ Agência \_\_\_\_\_ Conta Corrente \_\_\_\_\_
- Boleto bancário

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Local)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Titular

Presidente \_\_\_\_\_