



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

**CADASTRO**

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

**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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_