

**TERMO DE COMPROMISSO (FESTIVAL DA CRIANÇA)**

Eu Matrícula portador do CPF TELEFONE: pelo presente documento, me comprometo a participar do **Festival da Criança** organizada pela ASFUG – ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS DA UNIMED GOIÂNIA no dia **26/10/2019**, com **início às 10:00** e **término às 16:00** na **Sede Campestre** localizada na Avenida Dom Pedro I QDHJ17 Lt02 Bairro Mansões do Campus – Goiânia e autorizo o desconto em minha folha de pagamento. E o não comparecimento ao evento não isenta as cobranças conforme abaixo:

**Associado: Isento.**

**Dependente(s) até 07 anos: Isento (Filhos)**

**Dependente(s) à partir de 08 anos: R$30,00 (Filhos e/ou Cônjuge).**

**Novidade:**

**Convidado(s) extra(s) até 07 anos: R$30,00**

**Convidado(s) extra(s) a partir de 08 anos: R$50,00**

|  |
| --- |
| Grau de parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data de nascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VALOR R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Grau de parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data de nascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VALOR R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Grau de parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data de nascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VALOR R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Grau de parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data de nascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ VALOR R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Total R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) em \_\_\_\_\_vezes.

(por extenso) (máximo de 3 parcelas)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do Associado**