



REQUERIMENTO DE KIT MATERNIDADE

Dados da família:

Nome completo (sem abreviaturas)
Mãe da criança:
Pai da criança:

Endereço para entrega do Kit Maternidade:
Bairro:

CEP:	Cidade:	UF:	Celular:
------	---------	-----	----------

Tel. residencial:	Tel. comercial:	Fax:
-------------------	-----------------	------

E-mail:

Lotação:	Cargo:	Mat. TJMG:	Conta:
----------	--------	------------	--------

Identidade:	CPF:
-------------	------

Informações complementares:

Nome da criança:

Data de nascimento: / /	Sexo: (<input type="checkbox"/>) F (<input type="checkbox"/>) M
-------------------------------------	---

- O Kit Maternidade poderá ser solicitado a partir do 6º mês de gestação ou até 180 dias (cento e oitenta) dias de vida da criança, impreterivelmente.
- O Kit será encaminhado após o nascimento da criança, mediante a certidão de nascimento.

_____, _____ de _____ de _____
Local e Data

Assinatura do Cooperado

Cooperativa de Economia e Crédito Mútuo dos Servidores da Justiça do Estado de Minas Gerais Ltda.
Rua Ouro Preto, 161, 4º andar, Barro Preto - 30170-040 - Belo Horizonte - MG

Tel.: (31) 3295 0461 - Fax: (31) 3295 0478 - www.sicoobcredjus.com.br / sicoobcredjus@sicoobcredjus.com.br

