

ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA DENTALUNI

É obrigatório o preenchimento de todos os campos abaixo

☐

SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO

☐

SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO TITULAR

☐

SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO SOMENTE DEPENDENTE

Cargo:	Data de admissão:
Local de trabalho:	
Nome completo:	
CPF:	RG:
Data de nascimento:	
Nome da mãe:	

TABELA DE VALORES PARA INCLUSÃO	
PLANO	VALORES
AVANÇADO	R\$ 12,50 POR VIDA

Importante: Para a inclusão de dependentes é obrigatório anexar/enviar cópia do RG, CPF e certidão de casamento (cônjuge) e RG, CPF e certidão de nascimento (filhos).

Dependentes não legais, inclusão permitida somente de Mãe e Pai.

DEPENDENTE 1		
Nome completo:		
CPF:	RG:	Sexo:
Data de nascimento:	Parentesco:	
Nome da mãe:		

DEPENDENTE 2		
Nome completo:		
CPF:	RG:	Sexo:
Data de nascimento:	Parentesco:	
Nome da mãe:		

DEPENDENTE 3		
Nome completo:		
CPF:	RG:	Sexo:
Data de nascimento:	Parentesco:	
Nome da mãe:		

Declaro estar ciente e autorizo que, aderindo ao plano odontológico, seja descontado em minha folha de pagamento o valor citado na tabela acima, de acordo com minha opção de plano, a título de mensalidade para mim e aos meus dependentes quando houverem.

Colaborador

____/____/____
Data

☐

NÃO DESEJO ADERIR AO PLANO ODONTOLÓGICO OU DESEJO SOLICITAR EXCLUSÃO.

Colaborador

____/____/____
Data