

FICHA DE INSCRIÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

PLANO		DADOS DA EMPRESA	
		RAZÃO SOCIAL:	
		CNPJ PARA INCLUSÃO:	
DADOS DO FUNCIONÁRIO			
NOME COMPLETO DO TITULAR		MATRÍCULA	DATA DE NASCIMENTO
RG	ÓRGÃO EXPEDIDOR RG	DATA EXPEDIÇÃO RG	SEXO
CPF		ESTADO CIVIL	
ENDEREÇO RESIDENCIAL			COMPLEMENTO(Nº APTO / CASA)
BAIRRO	CIDADE / UF		CEP
FONE RESIDENCIAL (DDD + NÚMERO)	OUTROS: CELULAR OU FONE RECADO (DDD + NÚMERO)		CO-REONSABILIDADE () TUTELAR
NOME COMPLETO DA MÃE			

DEPENDENTES:

I. O cônjuge;
 II. Os filhos solteiros que permanecem sob dependência econômica do TITULAR RESPONSÁVEL;
 III. O enteado, o menor sob guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
 IV. O convivente, havendo união estável, na forma da lei, desde que não exista concorrência com o cônjuge.

NOME COMPLETO		DATA NASCIMENTO	PARENTESCO	SEXO
CPF	RG	ÓRGÃO EXPEDIDOR RG	DATA EXPEDIÇÃO RG	
NOME COMPLETO DA MÃE				
NOME COMPLETO		DATA NASCIMENTO	PARENTESCO	SEXO
CPF	RG	ÓRGÃO EXPEDIDOR RG	DATA EXPEDIÇÃO RG	
NOME COMPLETO DA MÃE				
NOME COMPLETO		DATA NASCIMENTO	PARENTESCO	SEXO
CPF	RG	ÓRGÃO EXPEDIDOR RG	DATA EXPEDIÇÃO RG	
NOME COMPLETO DA MÃE				
NOME COMPLETO		DATA NASCIMENTO	PARENTESCO	SEXO
CPF	RG	ÓRGÃO EXPEDIDOR RG	DATA EXPEDIÇÃO RG	
NOME COMPLETO DA MÃE				
NOME COMPLETO		DATA NASCIMENTO	PARENTESCO	SEXO
CPF	RG	ÓRGÃO EXPEDIDOR RG	DATA EXPEDIÇÃO RG	
NOME COMPLETO DA MÃE				

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO

Autorizo a empresa _____ a descontar, em
 minha Folha de Pagamento, o valor referente a minha mensalidade, e de meus dependentes, do plano Odontológico DentalUni

 Taxa de Adesão (R\$ _____) por Beneficiário

 Mensalidade (R\$ _____) por Beneficiário

Curitiba, ____ / ____ / _____.

 Assinatura do Funcionário