

Opto por aderir ao Plano

 Opto por NÃO aderir ao Plano

DADOS DO FUNCIONÁRIO

PLANO	AVANÇADO	EMPRESA	
		DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA	
NOME COMPLETO DO TITULAR		MATRÍCULA	DATA DE NASCIMENTO
RG	ÓRGÃO EXPEDIDOR RG	DATA EXPEDIÇÃO RG	SEXO
CPF	ESTADO CIVIL		
ENDERECO RESIDENCIAL			COMPLEMENTO(Nº APTO / CASA)
BAIRRO	CIDADE / UF		CEP
FONE RESIDENCIAL (DDD + NÚMERO)	OUTROS: CELULAR OU FONE RECADO (DDD + NÚMERO)		CO-REPONSABILIDADE () 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				
FONE RESIDENCIAL (DDD + NUMERO)	OUTROS: CELULAR OU FONE RECADO (DDD + NUMERO)			
NOME COMPLETO		DATA NASCIMENTO	PARENTESCO	SEXO
CPF	RG	ÓRGÃO EXPEDIDOR RG	DATA EXPEDIÇÃO RG	
NOME COMPLETO DA MÃE				
FONE RESIDENCIAL (DDD + NUMERO)	OUTROS: CELULAR OU FONE RECADO (DDD + NUMERO)			
NOME COMPLETO		DATA NASCIMENTO	PARENTESCO	SEXO
CPF	RG	ÓRGÃO EXPEDIDOR RG	DATA EXPEDIÇÃO RG	
NOME COMPLETO DA MÃE				
FONE RESIDENCIAL (DDD + NUMERO)	OUTROS: CELULAR OU FONE RECADO (DDD + NUMERO)			
CPF	RG	ÓRGÃO EXPEDIDOR RG	DATA EXPEDIÇÃO RG	
NOME COMPLETO DA MÃE				

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO

Autorizo a DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLOGICA, a descontar, em minha Folha de Pagamento, o valor de R\$ 10,90 (dez reais e noventa centavos) referente a mensalidade dos meus dependentes, do plano Odontológico.