

() 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	
ENDEREÇO RESIDENCIAL					COMPLEMENTO(Nº APTO / CASA)
BAIRRO		CIDADE / UF			CEP
FONE RESIDENCIAL (DDD + NÚMERO)		OUTROS: CELULAR OU FONE RECADO (DDD + NÚMERO)			CO-RESPONSABILIDADE () 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 NASCIMETNO		PARENTESCO	SEXO
CPF		RG		ÓRGÃO EXPEDIDOR RG	DATA EXPEDIÇÃO RG
NOME COMPLETO DA MÃE					
FONE RESIDENCIAL (DDD + NÚMERO)		OUTROS: CELULAR OU FONE RECADO (DDD + NÚMERO)			
NOME COMPLETO		DATA NASCIMETNO		PARENTESCO	SEXO
CPF		RG		ÓRGÃO EXPEDIDOR RG	DATA EXPEDIÇÃO RG
NOME COMPLETO DA MÃE					
FONE RESIDENCIAL (DDD + NÚMERO)		OUTROS: CELULAR OU FONE RECADO (DDD + NÚMERO)			
NOME COMPLETO		DATA NASCIMETNO		PARENTESCO	SEXO
CPF		RG		ÓRGÃO EXPEDIDOR RG	DATA EXPEDIÇÃO RG
NOME COMPLETO DA MÃE					
FONE RESIDENCIAL (DDD + NÚMERO)		OUTROS: CELULAR OU FONE RECADO (DDD + NÚMERO)			
NOME COMPLETO		DATA NASCIMETNO		PARENTESCO	SEXO
CPF		RG		ÓRGÃO EXPEDIDOR RG	DATA EXPEDIÇÃO RG
NOME COMPLETO DA MÃE					
FONE RESIDENCIAL (DDD + NÚMERO)		OUTROS: CELULAR OU FONE RECADO (DDD + NÚMERO)			
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.

Curitiba, ____/____/____.

Assinatura do Funcionário