

TERMO DE ADESÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

DADOS DO TITULAR

NOME COMPLETO DO FUNCIONÁRIO | TITULAR

DATA DE NASCIMENTO	SEXO (F ou M)	ESTADO CIVIL	EMPRESA ONDE TRABALHA	
			() PMG	() CODESG
TELEFONE CELULAR (DDD)	CPF DO TITULAR	E-MAIL		
ENDEREÇO COMPLETO (RUA, Nº, COMPLEMENTO)				
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP	

DADOS DOS DEPENDENTES

(DEP-1) NOME COMPLETO	DP. NASCTO	SEXO (F-M)	() AGREGADO () FILHO (A) () CÔNJUGE
CPF DO DEP1:			
(DEP-2) NOME COMPLETO	DP. NASCTO	SEXO (F-M)	() AGREGADO () FILHO (A) () CÔNJUGE
CPF DO DEP2:			
(DEP-3) NOME COMPLETO	DP. NASCTO	SEXO (F-M)	() AGREGADO () FILHO (A) () CÔNJUGE
CPF DO DEP3:			
(DEP-4) NOME COMPLETO	DP. NASCTO	SEXO (F-M)	() AGREGADO () FILHO (A) () CÔNJUGE
CPF DO DEP4:			

Autorizo descontar do meu salário o custo referente ao(s) plano(s) acima contratado(s). Carência de 12 meses para cancelamento a partir da última utilização.

_____/_____/_____
Data

assinatura do funcionário