

DADOS DO BENEFICIÁRIO

NOME COMPLETO DO TITULAR

CPF	MATRICULA	DATA DE NASCIMENTO	ESTADO CIVIL	SEXO	CO-REPOSÁVEL
				M F	TUTELAR S N
CARTÃO SUS	TITULO DE ELEITOR	RG	DATA EXPEDIÇÃO RG	ORGÃO EXP. / UF	

NOME COMPLETO DA MÃE

ENDEREÇO RESIDENCIAL + Nº

CIDADE

CELULAR (DDD + Nº)

FONE RESIDENCIAL (DDD + Nº)

FONE COMERCIAL (DDD + Nº)

E-MAIL

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO

Autorizo o Assem/pr, a descontar em minha folha de pagamento, o valor referente a minha mensalidade, e de meus dependentes do plano Odontológico DENTAL UNI.

PLANO	MENSALIDADE*	ADESAO*	<i>*valor por beneficiário inscrito</i>
	R\$	R\$	

DATA

ASSINATURA DO TITULAR

CASO TENHA DEPENDENTES PREENCHER ABAIXO

ABAIXO DEPENDENTES PREVISTOS EM CONTRATO

- 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;
- V.** Os pais do titular e do cônjuge;

NOME COMPLETO

CPF	DATA DE NASCIMENTO	ESTADO CIVIL	TITULO DE ELEITOR	SEXO
				M F
CARTÃO SUS		RG	DATA EXPEDIÇÃO RG	ORGÃO EXP. / UF

NOME COMPLETO DA MÃE

NOME COMPLETO

CPF	DATA DE NASCIMENTO	ESTADO CIVIL	TITULO DE ELEITOR	SEXO
				M F
CARTÃO SUS		RG	DATA EXPEDIÇÃO RG	ORGÃO EXP. / UF

NOME COMPLETO DA MÃE

NOME COMPLETO

CPF	DATA DE NASCIMENTO	ESTADO CIVIL	TITULO DE ELEITOR	SEXO
				M F
CARTÃO SUS		RG	DATA EXPEDIÇÃO RG	ORGÃO EXP. / UF

NOME COMPLETO DA MÃE