

USUÁRIO TITULAR / RESPONSÁVEL DO PLANO ODONTOLÓGICO UNIODONTO

NOME COMPLETO																
											DATA NASC					
ENDEREÇO COMPLETO																
											NÚMERO/COMPL					
											Nº TEL					
BAIRRO											CEP					
CPF											IDENTIDADE					
PIS											ESTADO CIVIL					
NOME DA MÃE																

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

NOME COMPLETO																
											DATA NASC					
GRAU PARENTESCO																
ENDEREÇO COMPLETO																
											NÚMERO/COMPL					
											Nº TEL					
BAIRRO											CEP					
CPF											IDENTIDADE					
PIS											ESTADO CIVIL					
NOME DA MÃE																

NOME COMPLETO																
											DATA NASC					
GRAU PARENTESCO																
ENDEREÇO COMPLETO																
											NÚMERO/COMPL					
											Nº TEL					
BAIRRO											CEP					
CPF											IDENTIDADE					
PIS											ESTADO CIVIL					
NOME DA MÃE																

Termo de Autorização para Desconto em Folha de Pagamento

Sirvo-me do presente para Autorizar a Empregadora
 a inclusão minha e de meus dependente(s) no Plano Odontológico UNIODONTO e com utilização exclusiva em rede credenciada
 Valor por dependente - R\$

Declaro estar ciente destas informações e autorizo este benefício em minha folha de pagamento.

O período mínimo para permanência de meus dependentes é de 12 (dozes) meses a contar da assinatura deste termo ou 12 (doze) meses após última utilização de meus dependentes. A saída antes do prazo acarretará em multa de pagamento do restante do contrato e de no mínimo 6 (seis) meses.

_____, ____ de _____ de 20__

Assinatura do Titular : _____

Assinatura do Empregador : _____

Importante: Juntamente com a ficha de adesão é necessário manter cópia dos seguintes documentos: imprescindível cópia do CPF (ou PIS), ou carteira de identidade. Para esposo(a) cópia da certidão de casamento ou declaração de união estável e CPF.

Observações:

- A Participação para o titular é obrigatória.
- Salientamos que o titular perde o direito de permanência no plano odontológico quando demitido, bem como seus dependentes.