



## FICHA DE INSCRIÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO



### DADOS DO BENEFICIÁRIO

NOME COMPLETO DO TITULAR

CPF	MATRICULA	DATA DE NASCIMENTO	ESTADO CIVIL	SEXO	CO-REONSÁVEL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	TUTELAR <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

CARTÃO SUS	TITULO DE ELEITOR	RG	DATA EXPEDIÇÃO RG	ORGÃO EXP. / UF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NOME COMPLETO DA MÃE

ENDEREÇO RESIDENCIAL + Nº

CIDADE

BAIRRO

CEP

COMPLEMENTO(Nº APTO / CASA)

CELULAR (DDD + Nº)

FONE RESIDENCIAL (DDD + Nº)

FONE COMERCIAL (DDD + Nº)

E-MAIL

### AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO

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

PLANO	MENSALIDADE*	ADESÃO*	*valor por beneficiário inscrito
<input type="text"/>	R\$ <input type="text"/>	R\$ <input type="text"/>	

DATA	ASSINATURA DO TITULAR
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### CASO TENHA DEPENDENTES PREENCHER ABAIXO

ABAIXO DEPENDENTES PREVISTOS EM CONTRATO

- O cônjuge;
- Os filhos solteiros que permanecem sob dependência econômica do TITULAR RESPONSÁVEL;
- O enteado, o menor sob guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
- O convivente, havendo união estável, na forma da lei, desde que não exista concorrência com o cônjuge;
- Os pais do titular e do cônjuge;

NOME COMPLETO

GRAU DE PARENTESCO	CPF	DATA DE NASCIMENTO	ESTADO CIVIL	SEXO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

CARTÃO SUS	RG	DATA EXPEDIÇÃO RG	ORGÃO EXP. / UF	TITULO DE ELEITOR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NOME COMPLETO DA MÃE

NOME COMPLETO

GRAU DE PARENTESCO	CPF	DATA DE NASCIMENTO	ESTADO CIVIL	SEXO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

CARTÃO SUS	RG	DATA EXPEDIÇÃO RG	ORGÃO EXP. / UF	TITULO DE ELEITOR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NOME COMPLETO DA MÃE

NOME COMPLETO

GRAU DE PARENTESCO	CPF	DATA DE NASCIMENTO	ESTADO CIVIL	SEXO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

CARTÃO SUS	RG	DATA EXPEDIÇÃO RG	ORGÃO EXP. / UF	TITULO DE ELEITOR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NOME COMPLETO DA MÃE