



FICHA DE INSCRIÇÃO - PLANO ODONTOLÓGICO



DADOS DO BENEFICIÁRIO

NOME COMPLETO DO TITULAR

CPF MATRICULA DATA DE NASCIMENTO ESTADO CIVIL SEXO M F CO-RESPONSÁVEL S N

CARTÃO SUS TÍTULO DE ELEITOR RG DATA EXPEDIÇÃO RG ORGÃO EXP. / UF

NOME COMPLETO DA MÃE

ENDEREÇO RESIDENCIAL + Nº

BAIRRO

CEP

CIDADE

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*
R\$

ADESÃO*
R\$

*valor por beneficiário inscrito

Avaliação pela DentalUni para o CANCELAMENTO:

DATA

ASSINATURA DO TITULAR

Somente será cancelado os planos após 12 meses da ADESÃO, conforme normas da DentalUni.

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

GRAU DE PARENTESCO CPF DATA DE NASCIMENTO ESTADO CIVIL SEXO M F

CARTÃO SUS RG DATA EXPEDIÇÃO RG ORGÃO EXP. / UF TÍTULO DE ELEITOR

NOME COMPLETO DA MÃE

NOME COMPLETO

GRAU DE PARENTESCO CPF DATA DE NASCIMENTO ESTADO CIVIL SEXO M F

CARTÃO SUS RG DATA EXPEDIÇÃO RG ORGÃO EXP. / UF TÍTULO DE ELEITOR

NOME COMPLETO DA MÃE

NOME COMPLETO

GRAU DE PARENTESCO CPF DATA DE NASCIMENTO ESTADO CIVIL SEXO M F

CARTÃO SUS RG DATA EXPEDIÇÃO RG ORGÃO EXP. / UF TÍTULO DE ELEITOR

NOME COMPLETO DA MÃE