

FICHA ADESÃO



Para Uso do RH:

Estipulante: _____	<input type="checkbox"/> Alterar <input type="checkbox"/> Mudar Plano <input type="checkbox"/> Reincluir
Subestipulante: _____	<input type="checkbox"/> Solicitação <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Carteira adicional <input type="checkbox"/> 2ª via carteira
Início da Vigência: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Incluir <input type="checkbox"/> Funcionário <input type="checkbox"/> Estagiário <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Agregado
Matrícula/Crachá: _____	<input type="checkbox"/> Transferir de: _____ Para: _____
Centro de custo: _____	<input type="checkbox"/> Excluir-data: ____/____/____ Motivo: _____

Dados do Titular – nomes sem abreviação

Nome _____ CPF _____ RG _____ Órgão Emissor: _____

Nasc ____/____/____ Sexo: () M () F Estado Civil _____ Nome da mãe _____

Plano _____ Pis/Pasep _____ mail _____ Data Admissão: ____/____/____ Endereço _____

_____ Nº _____ Compl _____ Bairro _____ CEP _____

Cidade _____ UF _____ Fone () _____ Ramal _____ Unidade _____

Dados dos Dependentes – dependentes maiores de 18 anos devem informar CPF próprio

Nome _____ Sexo () M () F Est. Civil _____ Nascimento ____/____/____

CPF _____ Parentesco* _____ Tipo Plano _____ Nome da mãe _____

Nome _____ Sexo () M () F Est. Civil _____ Nascimento ____/____/____

CPF _____ Parentesco* _____ Tipo Plano _____ Nome da mãe _____

Nome _____ Sexo () M () F Est. Civil _____ Nascimento ____/____/____

CPF _____ Parentesco* _____ Tipo Plano _____ Nome da mãe _____

Nome _____ Sexo () M () F Est. Civil _____ Nascimento ____/____/____

CPF _____ Parentesco* _____ Tipo Plano _____ Nome da mãe _____

Nome _____ Sexo () M () F Est. Civil _____ Nascimento ____/____/____

CPF _____ Parentesco* _____ Tipo Plano _____ Nome da mãe _____

Dados dos Dependentes – agregados maiores de 18 anos devem informar CPF próprio

Nome _____ Sexo () M () F Est. Civil _____ Nascimento ____/____/____

CPF _____ Parentesco* _____ Tipo Plano _____ Nome da mãe _____

Nome _____ Sexo () M () F Est. Civil _____ Nascimento ____/____/____

CPF _____ Parentesco* _____ Tipo Plano _____ Nome da mãe _____

• **Códigos de Grau de Parentesco de Dependentes (de 01 a 05):**

01 - Cônjuge	06 - Enteado(a) menor até 21 anos	11 - Pais	16 - Netos / bisnetos
02 - Companheiro (a)	07 - Enteado(a) universitário(a) até 24 anos	12 - Padrasto / Madrasta	17 - Avôs / Bisavôs
03 - Filho(a) menor até 21 anos	08 - Enteado(a) inválido(a)	13 - Irmãos	
04 - Filho(a) universitário(a) até 24 anos	09 - Tutelado(a) menos até 21 anos	14 - Tios	
05 - Filho(a) inválido(a)	10 - Tutelado(a) universitário até 24 anos	15 - Sobrinhos	

OBS: Dependente é obrigatório ter o mesmo plano do titular.
Cópias: CPF, RG, Certidão, casamento ou união estável, certidão nascimento (menor).

Autorização para Desconto em Folha

Pelo presente, autorizo o Estipulante indicado acima a descontar de meu salário, em folha de pagamento, a importância relativa à minha contribuição para o Plano Odontológico contratado em meu benefício e de meus dependentes elegíveis, conforme os valores a que tiver direito agora e no futuro, e/ou descontar valores de co-participação relacionados ao uso, meu e de meus dependentes, deste Plano Odontológico ao qual estou sujeito.

Local e Data _____

Assinatura _____