

FORMULÁRIO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTE E TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

USUÁRIO TITULAR / RESPONSÁVEL DO PLANO ODONTOLÓGICO UNIODONTO

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

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

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

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

Termo de Autorização para Desconto em Folha de Pagamento

Sirvo-me do presente para Autorizar a Empregadora
a inclusão 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 ser descontado em minha folha de pagamento.

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

_____, ____ de _____ de 20__

Assinatura do Titular : _____

Assinatura do Empregador : _____

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.