

**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 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 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 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.