

FICHA ADEÇÃO



Para Uso do RH:

Estipulante: _____

Matrícula/Crachá: _____

() Mudar Plano () Incluir () Incluir dependente

OBS:

Downgrade só pode ser realizado após **12 meses de permanência**; Os dependentes sempre terão o **mesmo plano** que o titular; **Carência de 60 dias**, a partir da vigência; Migração haverá **carência de 60 dias**, para os novos procedimentos a partir da vigência.

Dados do Titular – NOMES SEM ABREVIACÖES

Nome _____ CPF _____ RG _____

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

Plano _____ E-mail _____ Data Admissão: _____ / _____ / _____

Endereço _____ Nº _____ Compl _____ Bairro _____ CEP _____

Cidade _____ UF _____ Fone () _____

Dados dos Dependentes

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 _____

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 17):

01 - Cônjuge	06 – Enteados de qualquer idade	11 - Pais	16- Genrô
02 - Companheiro (a)	07 - Padrasto / Madrasta	12 - Avôs / Bisavôs	17- Nora
03 – Filhos de qualquer idade	08 - Enteadado(a) inválid(a)	13 – Irmãos	
04 - Tutelado(a)	09 - Tios	14 - Netos / bisnetos	
05 - Filho(a) inválid(a)	10 – Sobrinhos	15 – Sogro(a)	

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, meu e de meus dependentes, deste Plano Odontológico ao qual estou sujeito.

Local e Data

Assinatura

É obrigatória a permanência mínima de 12 meses.

ANS – Nº 41807-2