



Assistência Odontológica

Nome do Titular			ID
CPF do Titular	Data de Nascimento	Fone Residencial	Data de Admissão
Estado civil		Nome da Mãe do titular	

ADESÃO
 ALTERAÇÃO DE PLANO
 EXCLUSÃO

Dental I
 Dental II
 Dental II Plus E

<input type="checkbox"/> INCLUSÃO DE DEPENDENTES/AGREGADOS: <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO DE DEPENDENTES/AGREGADOS:	Dependentes: Cônjuge, companheiro (a) e filhos (as) solteiros (as). Agregados: Pai e mãe
--	---

Nome do Dependente/ Estado Civil	TP - Parentesco	Data de Nascimento
Nome da Mãe do dependente	CPF do dependente	

Nome do Dependente/ Estado Civil	TP - Parentesco	Data de Nascimento
Nome da Mãe do dependente	CPF do dependente	

Nome do Dependente/ Estado Civil	TP - Parentesco	Data de Nascimento
Nome da Mãe do dependente	CPF do dependente	

Autorizo o Grupo Estado a descontar em folha de pagamento o valor referente ao plano, estando ciente que o prazo mínimo de permanência no plano é de 12 meses e exclusão só poderá ocorrer 6 meses após a última utilização, exceto em caso de desligamento da empresa. Estou ciente e de acordo com a taxa de administração por parte da ARJM de 5% do valor da mensalidade.

_____ / _____ / _____

 DATA ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO RAMAL

RH/Benefícios: _____ _____ _____ _____

_____ / _____ / _____

 DATA ASSINATURA DO RH