



## 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**

**INCLUSÃO DE DEPENDENTES/AGREGADOS:**

**Dependentes:** Cônjuge, companheiro (a) e filhos (as) solteiros (as).

**EXCLUSÃO DE DEPENDENTES/AGREGADOS:**

**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