

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																				Nº TEL																			
BAIRRO																				NÚMERO/COMPL																			
CPF																				CEP																			
NOME DA MÃE																				ESTADO CIVIL																			
DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES																																							
NOME COMPLETO																				DATA NASC																			
GRAU PARENTESCO																																							
ENDEREÇO COMPLETO																				Nº TEL																			
BAIRRO																				NÚMERO/COMPL																			
CPF																				CEP																			
NOME DA MÃE																				ESTADO CIVIL																			
NOME COMPLETO																				DATA NASC																			
GRAU PARENTESCO																																							
ENDEREÇO COMPLETO																				Nº TEL																			
																				NÚMERO/COMPL																			
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 permanencia 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.																																							