|  |
| --- |
| **Empresa: DOCAS RJ** |
| Plano: Odonto Premium Nacional EMP PRE (Registro na ANS sob o nº 477963171)  |
| Nome do Titular/Funcionário: Telefone:  |
| Nome da Mãe: |
| Data de Nascimento: \_\_ \_\_/\_\_\_ \_/\_\_\_\_\_ | Sexo: ( ) M ( ) F | Estado Civil:  |
| CPF:  | RG:  | Matrícula: |
| DEPENDENTE 1:Parentesco:  |
| Nome: CPF:  |
| Nome da Mãe:  |
| Data de Nascimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | Sexo: ( ) M ( )F | Estado Civil:  |
| DEPENDENTE 2:Parentesco: |
| Nome: CPF:  |
| Nome da Mãe:  |
| Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | Sexo: ( )M ( ) F | Estado Civil:  |
| DEPENDENTE 3:Parentesco:  |
| Nome: CPF:  |
| Nome da Mãe |
| Data de Nascimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | Sexo: ( ) M ( )F | Estado Civil:  |
| DEPENDENTE 4:Parentesco: |
| Nome: CPF:  |
| Nome da Mãe: |
| Data de Nascimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | Sexo: ( )M ( )F | Estado Civil:  |

|  |
| --- |
| Valor inicial mensalidade |
| Mensalidade do Titular: R$ Mensalidade por Dependente: R$  |  |
| Autorizo inclusão dos nomes acima descritos: |
| Eu, acima qualificado (a) como Titular, manifesto minha vontade de aderir, pelo presente instrumento, ao Plano Odontológico da HAPVIDA – DOCAS RJ.Autorizo a minha empregadora, acima descrita, enquanto eu e meus dependentes permanecermos vinculados ao plano, a descontar do meu salário o montante da(s) inscrição(ões), da mensalidade, referente a mim e aos meus dependentes, nos valores definidos, bem como os valores que se sucederam após os reajustamentos. Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Assinatura do Titular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

**Obs.:**

**Documentos que deverão ser anexados ao formulário:**

* **Cópia de documento que comprove a relação de parentesco, ex: RG, Certidão de Nascimento e/ou casamento;**
* **Cópia dos CPF´s dependentes, obrigatoriamente daqueles a partir de 18 anos de idade.**