

FICHA DE INSCRIÇÃO – PLANO ODONTOLÓGICO

DADOS DO FUNCIONÁRIO

PLANO: AVANÇADO

EMPRESA: Sindicato dos Agentes Penitenciários do Paraná

Nome do Titular:			Data de Nascimento:
RG:	CPF:	Estado Civil:	Sexo:
Endereço Residencial:		Complemento	
Bairro:	Cidade:	CEP:	
Fone Residencial:		Outros: Celular ou telefone de recado	
Nome da Mãe:			

Dependentes

- I. O Cônjuge;
 II. Os filhos solteiros que permanecem sob dependência econômica do TITULAR RESPONSÁVEL;
 III. O enteado, o menor sob guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos;
 IV. O convivente, havendo união estável, na forma da lei, desde que não exista concorrência com o cônjuge;
 V. O pai, a mãe, o sogro e a sogra do titular.

Nome completo		Parentesco
Data de Nascimento	RG	CPF
Nome da Mãe		

Dependente II

Nome completo		Parentesco
Data de Nascimento	RG	CPF
Nome da Mãe		

Dependente III

Nome completo		Parentesco
Data de Nascimento	RG	CPF
Nome da Mãe		

Dependente IV

Nome		Parentesco
Data de Nascimento	RG	CPF
Nome da Mãe		

Dependente V

Nome		Parentesco
Data de Nascimento	RG	CPF
Nome da Mãe		

Dependente VI

Nome		Parentesco
Data de Nascimento	RG	CPF
Nome da Mãe		

Dependente VII

Nome		Parentesco
Data de Nascimento	RG	CPF
Nome da Mãe		

Valor da Adesão: R\$ 8,65 por beneficiário inscrito
Valor da mensalidade: R\$ 26,50 mensais, por beneficiário.
Plano: AVANÇADO
Permanência Mínima: 24 MESES.

_____, de _____ de 201_ _____
Assinatura