

**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 mensalidade: R\$ 24,70 mensais, por beneficiário.

Plano: DENTAL UNI ELITE

Permanência Mínima: 12 meses

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura