|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 estão especificados no item 5.1.1 e seus subitens do Instrumento normativo vigente.**