ANEXO I
Plano Odontológico

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.