

# PLANO EMPRESARIAL UNIODONTO - ODONTOLÓGICO

- ( ) INCLUSÃO DE TITULAR.  
( ) INCLUSÃO DE TITULAR E DEPENDENTES.  
( ) INCLUSÃO DE DEPENDENTES.  
( ) EXCLUSÃO – TITULAR ( ) DEPENDENTE ( )

MATRÍCULA:

CPF:

NOME:

ENDEREÇO:

CEP:

MÃE:

PAI:

DATA DE NASC.: / / SEXO: ( ) F ( ) M ESTADO CIVIL:

TELS.: RESID. CELULAR: COM. R.

FÓRUM ONDE TRABALHA: CARGO:

ENTREGA DAS CARTEIRAS: ( ) CORREIO ( ) MALOTE ( ) VIRÁ BUSCAR NA AJUDES

NOME	DATA NASC.	PARENTESCO

## DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS, ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE DOS ÍTENS ACIMA PREENCHIDOS, AUTORIZANDO O **DÉBITO MENSAL EM FOLHA DE PAGAMENTO**, REFERENTE AO PLANO ODONTOLÓGICO ,FAZENDO NESTE ATO O PAGAMENTO DA MENSALIDADE, RELATIVO AO MÊS\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, NO VALOR DE R\$\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_).

OUTROSSIM, DECLARO ESTAR CIENTE DE QUE PARA DESLIGAMENTO DO PRESENTE PLANO ODONTOLÓGICO DEVEREI COMUNICAR POR ESCRITO À AJUDES BEM COMO DEVOLVER O CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO NA DATA MÁXIMA DE 01 DE CADA MÊS PARA QUE O CANCELAMENTO SEJA EFETUADO NO MÊS SEGUINTE, DE OUTRA FORMA OS DESCONTOS TERÃO CONTINUIDADE E CONFOME CONTRATO, APÓS A UTILIZAÇÃO DO MESMO O CANCELAMENTO SÓ SERÁ POSSÍVEL APÓS O PAGAMENTO DE 12 (DOZE) PARCELAS.

**OBS.:** SERVIDORES NÃO EFETIVOS DEVERÃO INFORMAR IMEDIATAMENTE A AJUDES EM CASO DE EXONERAÇÃO, COMPROMETENDO-SE A QUITAR MENSALIDADES DEVIDAS SE FOR O CASO.

VITÓRIA-ES., \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA