



## ANEXO I Plano Odontológico



<b>Empresa: DOCAS RJ</b>		
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:
<b>DEPENDENTE 1:</b> Parentesco:		
Nome:		CPF:
Nome da Mãe:		
Data de Nascimento: ___/___/___	Sexo: ( ) M ( ) F	Estado Civil:
<b>DEPENDENTE 2:</b> Parentesco:		
Nome:		CPF:
Nome da Mãe:		
Data de Nascimento: ___/___/___	Sexo: ( ) M ( ) F	Estado Civil:
<b>DEPENDENTE 3:</b> Parentesco:		
Nome:		CPF:
Nome da Mãe:		
Data de Nascimento: ___/___/___	Sexo: ( ) M ( ) F	Estado Civil:
<b>DEPENDENTE 4:</b> Parentesco:		
Nome:		CPF:
Nome da Mãe:		
Data de Nascimento: ___/___/___	Sexo: ( ) M ( ) F	Estado Civil:

<b>Valor inicial mensalidade</b>	
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 permaneceremos 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.