



**TERMO DE OPÇÃO NO PLANO ODONTOLÓGICO  
COLETIVO EMPRESARIAL**

<b>EMPRESA:</b>		<b>INCLUSÃO:</b> <input type="checkbox"/> <b>TITULAR</b> <input type="checkbox"/> <b>DEPENDENTES</b>	
<b>EXCLUSÃO / MOTIVO:</b>		<input type="checkbox"/> <b>INTEGRAL BÁSICO</b> <input type="checkbox"/> <b>MASTER AVANÇADO</b>	
<input type="checkbox"/> <b>TITULAR</b> <input type="checkbox"/> <b>DEPENDENTES</b>		<b>ALTERAÇÃO DE PLANO:</b> <input type="checkbox"/> <b>INTEGRAL BÁSICO</b> <input type="checkbox"/> <b>MASTER AVANÇADO</b>	
<b>Dados do Titular (Importante: os nomes devem ser inseridos por completo, sem abreviações)</b>			
Nome Completo		Matrícula	
Nome da Mãe			
Data de nascimento	CPF	PIS/PASEP	
Data de admissão	Sexo	Estado civil	
		<input type="checkbox"/> <b>F</b> <input type="checkbox"/> <b>M</b>	
<b>Endereço residencial do titular</b>			
Logradouro (Rua, Avenida, Praça, etc)		Nº	Complemento (Bloco, apto, andar, etc)
Bairro	Cidade	UF	CEP
		Telefone Residencial / Celular	
<b>BENEFICIÁRIOS</b>			
<b>Dados dos beneficiários (Importante: Acima de 11 anos é obrigatório RG e CPF)</b>			
Cod	Nome do dependente 1		CPF
1	Nome da mãe do dependente :		
	Sexo	Estado civil	Parentesco
	<input type="checkbox"/> <b>F</b> <input type="checkbox"/> <b>M</b>		
Cod	Nome do dependente 2		CPF
2	Nome da mãe do dependente :		
	Sexo	Estado civil	Parentesco
	<input type="checkbox"/> <b>F</b> <input type="checkbox"/> <b>M</b>		
Cod	Nome do dependente 3		CPF
3	Nome da mãe do dependente :		
	Sexo	Estado civil	Parentesco
	<input type="checkbox"/> <b>F</b> <input type="checkbox"/> <b>M</b>		
Cod	Nome do dependente 4		CPF
4	Nome da mãe do dependente :		
	Sexo	Estado civil	Parentesco
	<input type="checkbox"/> <b>F</b> <input type="checkbox"/> <b>M</b>		
Cod	Nome do dependente 5		CPF
5	Nome da mãe do dependente :		
	Sexo	Estado civil	Parentesco
	<input type="checkbox"/> <b>F</b> <input type="checkbox"/> <b>M</b>		
<b>AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO</b>			
1 – Autorizo a empresa acima citada com a qual mantenho meu contrato de trabalho o desconto integral do valor referente à mensalidade dos meus dependentes, no plano de Assistência Odontológica da Odontoprev.			
2 – Declaro estar ciente do procedimento referente ao plano de Dental e de que a empresa se reserva o direito de promover ajustes e adaptações, bem como extinguir este plano por qualquer motivo e a qualquer momento. Estou ciente da permanência mínima de 12 meses da data da inclusão ou alteração de plano, exceto em caso de demissão comprovada.			
Curitiba, _____, de _____ de 20_____		Assinatura do funcionário	
<b>Documentos Necessários</b>			
<b>Entregar cópia dos seguintes documentos:</b>			
<b>Filhos:</b> Certidão de Nascimento, RG e CPF (obrigatório independente da idade)			
Menores sob guarda e filhos adotivos ou tutelados : Documento oficial de guarda/ tutela, certidão de nascimento, RG e CPF			
Cônjugue: Certidão de Casamento ou Certidão Pública de União Estável, RG e CPF.			
<b>*Para inclusão de filhos acima de 18 anos, a Certidão de Nascimento deverá ser atualizada em no máximo 60dd.</b>			