



TERMO DE OPÇÃO NO PLANO ODONTOLÓGICO COLETIVO EMPRESARIAL

EMPRESA:		INCLUSÃO:	() TITULAR	() DEPENDENTES
EXCLUSÃO / MOTIVO:			() INTEGRAL BÁSICO	() MASTER AVANÇADO
() TITULAR	() DEPENDENTES	ALTERAÇÃO DE PLANO:	() INTEGRAL BÁSICO	() MASTER AVANÇADO

Dados do Titular (Importante: os nomes devem ser inseridos por completo, sem abreviações)

Nome Completo		Matrícula	
Nome da Mãe			
Data de nascimento	CPF	PIS/PASEP	
Data de admissão		Sexo	Estado civil
/ /		() F () M	

Endereço residencial do titular

Logradouro (Rua, Avenida, Praça, etc)		Nº	Complemento (Bloco, apto, andar, etc)	
Bairro	Cidade	UF	CEP	Telefone Residencial / Celular
				() ()

BENEFICIÁRIOS

I - O cônjuge, ou convivente havendo união estável, na forma da lei.
II - Os filhos solteiros até 23 anos e 11 meses que permanecem sob dependência econômica do TITULAR RESPONSÁVEL;
III - O enteado, o menor sob guarda por força de decisão judicial e os menores tutelados, que ficam equiparados aos filhos;
IV - Os filhos inválidos;

Dados dos beneficiários (importante: Acima de 11 anos é obrigatório RG e CPF)

Cod	Nome do dependente 1	CPF	Data nascimento
1	Nome da mãe do dependente :		
	Sexo	Estado civil	Parentesco
	() F () M		
Cod	Nome do dependente 2	CPF	Data nascimento
2	Nome da mãe do dependente :		
	Sexo	Estado civil	Parentesco
	() F () M		
Cod	Nome do dependente 3	CPF	Data nascimento
3	Nome da mãe do dependente :		
	Sexo	Estado civil	Parentesco
	() F () M		
Cod	Nome do dependente 4	CPF	Data nascimento
4	Nome da mãe do dependente :		
	Sexo	Estado civil	Parentesco
	() F () M		
Cod	Nome do dependente 5	CPF	Data nascimento
5	Nome da mãe do dependente :		
	Sexo	Estado civil	Parentesco
	() F () M		

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO

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

Documentos Necessários

Entregar cópia dos seguintes documentos:

Filhos: 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
Cônjuge: Certidão de Casamento ou Certidão Pública de União Estável, RG e CPF.

***Para inclusão de filhos acima de 18 anos, a Certidão de Nascimento deverá ser atualizada em no máximo 60dd.**