

**ATENÇÃO:** É obrigatório o preenchimento TOTAL da Ficha Cadastral com letra de forma e sem abreviações. Fichas faltando dados não serão aceitas.

**Dados cadastrais do Usuário Titular**

Empresa

Nº Matrícula Funcional ou loja  Sexo M  F  e-mail

Nome

RG/ Órgão Emissor  CPF

Estado Civil Casado(a)  Solteiro(a)  Divorciado(a)  Viúvo(a)  Data de nascimento  /  /

Nome da mãe:

Tel. Residencial  Tel. Comercial  Tel. Celular

Endereço  Número

Complemento  Bairro

Cidade  UF  CEP Residencial

**Dados cadastrais dos Dependentes**

Nome  Data de nascimento  /  /

CPF  Estado Civil Casado(a)  Solteiro(a)  Divorciado(a)  Viúvo(a)

RG  Grau de parentesco

Sexo M  F  Nome da Mãe

---

Nome  Data de nascimento  /  /

CPF  Estado Civil Casado(a)  Solteiro(a)  Divorciado(a)  Viúvo(a)

RG  Grau de parentesco

Sexo M  F  Nome da Mãe

---

Nome  Data de nascimento  /  /

CPF  Estado Civil Casado(a)  Solteiro(a)  Divorciado(a)  Viúvo(a)

RG  Grau de parentesco

Sexo M  F  Nome da Mãe

---

Nome  Data de nascimento  /  /

CPF  Estado Civil Casado(a)  Solteiro(a)  Divorciado(a)  Viúvo(a)

RG  Grau de parentesco

Sexo M  F  Nome da Mãe

Opção para inclusão de dependentes: PARENTESCO Cônjuge / Filho(a) / Enteado(a) / Pai ou Mãe / Irmão(ã) / Sobrinho(a) / Genro ou Nora / Neto(a) / Sogra(a) / Tio(a) / Padrasto ou Madrasta / Avô(ó) / Cunhado(a)

Declaro conhecer e concordar com as condições do contrato da ARM Odontologia e autorizo o desconto das mensalidades de meu plano odontológico e de meus dependentes em folha de pagamento. Estou ciente de que só poderei ser excluído do plano em caso de desligamento e que a permanência mínima é de 02 anos para o plano Executivo e de 18 meses para os demais planos. Após este período a desistência será aceita desde que não haja utilização, durante o ano contratual.

Declaro ter recebido o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde no ato de preenchimento da proposta.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Assinatura do Titular \_\_\_\_\_