



**ASSOCIAÇÃO DOS FUNCIONARIOS DAS COMPANHIAS
E EMPRESAS DE ENERGIA ELÉTRICA
DO RS**

FORMULARIO DE INCLUSÃO DO ASSOCIADO NO PLANO ODONTOLÓGICO

TITULAR

NOME: _____ **RE:** _____
DATA DE NASCIMENTO: _____ **CPF:** _____
NOME DA MÃE: _____
E-MAIL: _____
ENDEREÇO: _____ **NÚMERO:** _____
BAIRRO: _____ **CIDADE:** _____ **UF:** _____ **CEP:** _____
CELULAR: _____ **TELEFONE COMERCIAL:** _____ **RAMAL:** _____

DEPENDENTES

NOME: _____ **GRAU DE PARENTESCO:** _____
DATA DE NASCIMENTO: _____ **CPF:** _____
NOME DA MÃE: _____

NOME: _____ **GRAU DE PARENTESCO:** _____
DATA DE NASCIMENTO: _____ **CPF:** _____
NOME DA MÃE: _____

NOME: _____ **GRAU DE PARENTESCO:** _____
DATA DE NASCIMENTO: _____ **CPF:** _____
NOME DA MÃE: _____

NOME: _____ **GRAU DE PARENTESCO:** _____
DATA DE NASCIMENTO: _____ **CPF:** _____
NOME DA MÃE: _____

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO

FOLHA DE PAGAMENTO () DÉBITO EM CONTA ()
() AUTORIZO O DESCONTO DO PLANO ODONTOLÓGICO NO BANCO:
BANCO: _____ **AGÊNCIA:** _____ **CONTA CORRENTE:** _____

ASSINATURA DO ASSOCIADO

DATA