

MATRÍCULA Nº:

Cadastro do associado

Nome Completo: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Data Nascimento: ____ / ____ / ____ Data Admissão: ____ / ____ / ____

CPF: _____ RG: _____

Celular: (____) _____ E-mail: _____

Cadastro de dependentes

Somente será aceito cadastro de **DEPENDENTE DIRETO** (cônjuge e filhos menores de 21 anos). Cônjuge será aceito somente mediante comprovação.

Nome Completo: _____

Data Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: ____ Tipo de parentesco: _____

Nome Completo: _____

Data Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: ____ Tipo de parentesco: _____

Nome Completo: _____

Data Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: ____ Tipo de parentesco: _____

Nome Completo: _____

Data Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: ____ Tipo de parentesco: _____

EMPRESA: _____

SETOR/FILIAL: _____

Autorizo o desconto em folha de pagamento da mensalidade de 2% sobre o salário com um teto R\$ 20,00.
Em virtude do plano odontológico, a permanência mínima é de 12 meses.

Porto Alegre, ____ de _____ de 20 ____ .

Assinatura do Associado

Após preencher, favor encaminhar aos cuidados da Associação dos Funcionários – Dimed Matriz