

DECLARAÇÃO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTES E/OU AGREGADOS
ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Eu, _____, Matrícula nº _____, declaro que realizei minha inclusão, juntamente com a do (s) meu (s) dependente (s) e/ou agregado (s), abaixo discriminados, à Assistência Odontológica ODONTOGROUP, oferecida pelo Sindicato dos Trabalhadores de Telemarketing – SINTTEL/DF.

Nome Completo do Dependente* e/ou Agregado*	Grau de Parentesco

*Dependentes: filho (a), cônjuge e enteado (a);

*Agregados: pai, mãe, irmão (a) e neto (a);

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

Autorizo que a empresa _____ realize o desconto em meu salário, relativo à minha participação mensal, atualmente no valor de R\$ _____, que corresponde a 100% para dependente(s) e/ou agregado (s).

TABELA DE PREÇOS	
Dependente*	Agregado*
R\$ 12,90	R\$ 14,90

Por tratar-se de expressão da verdade e de minha espontânea vontade, assino o presente.

Brasília/DF, ____/____/____.

Assinatura do (a) funcionário (a)