



Oral Health Care S/C Ltda

**Formulário de Adesão
e Cadastramento de Dependentes**

EMPRESA : _____

FUNCIONÁRIO: _____

ENDEREÇO : _____

DATA NASC : ____/____/____ CTPS No. : _____ SÉRIE : _____

FUNÇÃO : _____ ADMISSÃO : ____/____/____

DEPENDENTES

NOME	PARENTESCO	SEXO	DATA NASCIMENTO
_____	_____	___	____/____/____
_____	_____	___	____/____/____
_____	_____	___	____/____/____
_____	_____	___	____/____/____
_____	_____	___	____/____/____
_____	_____	___	____/____/____
_____	_____	___	____/____/____

Em absoluta ciência e concordância com as condições constantes no Contrato em anexo, assumo a responsabilidade por todas as declarações feitas neste Termo, inclusive as que não sejam do meu próprio punho, mas coincidem com a cópia desta, em meu poder. Declaro ainda que o conteúdo do Contrato (no verso) foi integralmente lido e entendido, e por mim aceito e assinado sem haver qualquer restrição quanto às suas cláusulas e condições, confirmando o exposto aponto minha assinatura no presente termo.

Local: _____ **Data** ____/____/____

Assinatura : _____

OHC – Oral Health Care S/C Ltda

Rio de Janeiro: Av. Nossa Senhora de Copacabana, 1059/302 – Copacabana
São Paulo: Av. Casa Verde, 818 – Sobreloja – Casa Verde

RJ - Cep: 22060-001 – Tel: (21) 2267-7712
SP - Cep: 02520-000 – Tel: (11) 3951-5386