

ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE CABREÚVA

Eu _____ RG _____

Servidor público municipal, autorizo o desconto em folha de pagamento referente ao Convênio odontológico **UNIODONTO**, do titular, dependentes e agregados, conforme relação abaixo:

Valor da mensalidade por pessoa:	R\$
Valor da taxa de adesão a ser descontada, por pessoa, uma única vez:	R\$

Numero total de pessoas (titular + dependentes):	
--	--

Esta autorização tem vigência de 24 meses; e está sujeita a reajustes, e, ou, rescisão, conforme normas vigentes em contratos.

Cabreúva, _____ de _____ de 20____.

Servidor Associado

Documentos necessários (cópias – “Xerox”):

Maiores (titular e dependentes): RG e CPF

Menores (dependentes): RG ou Certidão de Nascimento