

AUTORIZAÇÃO DE INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS

Eu, _____, servidor(a) do(a) _____,
matrícula funcional nº _____, autorizo a INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO na Assistência
Odontológica, referente ao plano AMIL DENTAL, a partir do próximo mês _____.

Para fins de atualização cadastral, favor informar endereço residencial abaixo;

Endereço residencial:

CEP:

INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO

Nome do dependente (1):

Nome da mãe:

Data de nascimento:

CPF:

Grau de parentesco com o titular:

Nome do dependente (2):

Nome da mãe:

Data de nascimento:

CPF:

Grau de parentesco com o titular:

Nome do dependente (3):

Nome da mãe:

Data de nascimento:

CPF:

Grau de parentesco com o titular:

Nome do dependente (4):

Nome da mãe:

Data de nascimento:

CPF:

Grau de parentesco com o titular:

Nome do dependente (5):

Nome da mãe:

Data de nascimento:

CPF:

Grau de parentesco com o titular:

Nome do dependente (6):

Nome da mãe:

Data de nascimento:

CPF:

Grau de parentesco com o titular:

Rio de Janeiro; ____ de _____ 2021.

Assinatura do servidor