**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPETININGA**

**SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO**

**OPÇÃO DE ATENDIMENTO ODONTOLOGICO**

Nome:

Data de Nasc:

Cargo/ Função:

Telefone: RG: f Cpf:

ITAPETININGA, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

DEPENDENTES DATA NASC. PARENTESCO

 \_

 \_

 \_

 \_

 \_

 \_

 \_

 \_

 \_

\*Estou ciente que o desconto é de 1,7% mensalmente, e que não poderei solicitar o cancelamento antes de 6 meses de contribuição.

**ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO**