

ABCTA-CTBA

O SEU VÔO SOB O NOSSO CONTROLE
www.abctactba.org

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS CONTROLADORES DE TRÁFEGO AÉREO DE CURITIBA

Av. República Argentina, 1336, 15º Andar, salas 1502/1503

Água Verde – Curitiba – Paraná – CEP 80620-010

CNPJ 07.966.193/0001-89

Tel.: 41 3324-4131



FICHA DE INSCRIÇÃO AO PLANO ODONTOLÓGICO DENTALUNI SUPERIOR

Nome Completo

Endereço Completo

Número

Complemento

Bairro

CEP

Cidade

UF

Telefone Residencial

Telefone Comercial

Telefone Celular

Email

Tipo de Atualização

Inclusão
 Inclusão de Dependente
 Exclusão
 Atualização de Dados
 Transferência de Plano

Usuário (1)

Nome				
<input type="text"/>				
Data de Nascimento	Sexo	Parentesco		
<input type="text"/>	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="text"/>		
Estado Civil				
<input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Solteiro(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> União Estável <input type="radio"/> Viúvo(a)				
Nome da Mãe				
<input type="text"/>				
CPF	RG	Órgão Expedidor	UF	Data Expedição
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Usuário (2)

Nome				
<input type="text"/>				
Data de Nascimento	Sexo	Parentesco		
<input type="text"/>	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="text"/>		
Estado Civil				
<input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Solteiro(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> União Estável <input type="radio"/> Viúvo(a)				
Nome da Mãe				
<input type="text"/>				
CPF	RG	Órgão Expedidor	UF	Data Expedição
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Usuário (3)

Nome				
<input type="text"/>				
Data de Nascimento	Sexo	Parentesco		
<input type="text"/>	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="text"/>		
Estado Civil				
<input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Solteiro(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> União Estável <input type="radio"/> Viúvo(a)				
Nome da Mãe				
<input type="text"/>				
CPF	RG	Órgão Expedidor	UF	Data Expedição
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Autorizo a **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS CONTROLADORES DE TRÁFEGO AÉREO DE CURITIBA - ABCTA - CTBA** a descontar em minha folha de pagamento o valor referente ao plano **ODONTOLÓGICO DENTALUNI** da **ABCTA -CTBA**.
Estou ciente que o tempo de permanência, mínima, no plano é de 365 (Trezentos e sessenta e cinco) dias.

Data

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO