

INCLUSÃO

 ALTERAÇÃO DE DADOS

Termo de Adesão ao Convênio Odontológico			
Nome do Funcionário:			
Matrícula nº:		Sigla da Unidade de Serviço:	
<b>Campo obrigatório - Nome da Mãe:</b>			
<b>Campo obrigatório - Nº do CPF:</b>			
<b>Cartão nacional de saúde:</b>			
End. Residencial:			
Tel:		CEP:	Cidade:
End. Comercial:			
Tel:		CEP:	Cidade:
Associado		Não Associado	
Titular	R\$ 30,37	Titular	R\$ 89,09
Dependente	R\$ 27,22	Dependente	R\$ 38,16
Familiar	R\$ 98,65	Familiar	R\$ 176,67

- Ao não associado não será permitida a inclusão apenas de dependente.
- Considera-se dependente qualquer pessoa da família.
- A categoria Familiar significa a adesão de 4 pessoas incluindo titular. Acima ou abaixo desse número, considerar os valores individuais.
- CNS- Cartão Nacional de Saúde

Titular:	Nasc.:
CNS:	/ CPF:
Cônjuge:	Nasc.:
CNS:	/ CPF:
Nome da Mãe:	
Dependente:	Nasc.:
CSN:	/ CPF:
Dependente:	Nasc.:
Nome da Mãe:	
CSN:	/ CPF:
Dependente/agregado:	Nasc.:
CSN:	/ CPF:
Nome da Mãe:	

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, AUTORIZO o débito de 12 (doze) parcelas mensais no valor de R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) a partir de \_\_/\_\_/\_\_\_\_, em minha conta corrente, referente ao convênio odontológico da PLENODONTO Assistência Odontológica S/C Ltda., em parceria com a Associação SABESP.

Santander Agência: \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_  
 Banco do Brasil Agência: \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_

**\* IMPORTANTE: Tanto o titular como os dependentes só poderão se desligar do plano após o pagamento das 12 parcelas contratadas, renovação automática.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Funcionário