

☐ Inclusão ☐ Alteração de dados

Termo de Adesão ao Convênio Odontológico - Campos com (*) são obrigatórios

Nome do Funcionário:

Matrícula nº:

Sigla da Unidade de Serviço:

Nome da mãe:*

CPF:*

Cartão Nacional de Saúde:

Cidade:

Estado (UF):

CEP:

Celular/WhatsApp:

PLANOS

COBERTURAS DO PLANO ODONTOLÓGICO

EXECUTIVO II

260 ITENS
ODONTOLÓGICOS

- Clínica Geral
- Dentística (restaurações)
- Periodontia (Gengivas)
- Endodontia (Canais)
- Cirurgia Oral Menor
- Radiologia (RX)
- Odontopediatria
- Prótese – Coroas *
- Aparelhos Ortodônticos*

Documentação, Instalação e manutenção inclusos. *

Valor:

ASSOCIADO – R\$ 79,90 *

Ñ ASSOCIADO – R\$159,90

- Por pessoa

- Atendimento somente nas Unidades Plenodonto *

Inclusão do Titular e Dependentes - Necessário CNS - Cartão Nacional de Saúde

Titular:

Nasc.: ____/____/____

CNS.:

CPF.:

Cônjuge:

Nasc.: ____/____/____

CNS.:

CPF.:

Dependente:

Nasc.: ____/____/____

CNS.:

CPF.:

Utilização somente após débito em conta - Necessário autorizar o débito no banco

Eu, _____, abaixo assinado, AUTORIZO, o
débito de 12 (doze) parcelas mensais no valor de R\$ _____

(_____)

A partir de ____/____/____, em minha conta corrente/Pix referente ao convênio odontológico da PLENODONTO Assistência
Odontológica S/C Ltda., em parceria com a Associação SABESP.

[] Santander [] Banco do Brasil

Agência:

Conta Corrente:

[] PIX AUTOMÁTICO

*Importante: Tanto o titular quanto o dependente só poderão se desligar do plano após o pagamento das 12 parcelas contratadas,
sendo necessária a solicitação de cancelamento por escrito.

Assinatura do funcionário