PLENODONTO
ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

ASSOCIAÇÃO SABESP

Você e sua família merecem o melhor plano de assistência odontológica

☐ **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:**	
Dados Residenciais		
E-mail:		
Cidade:	Estado (UF):	CEP:
Celular/WhatsApp:		
Dados Comerciais		
E-mail:		
Cidade:	Estado (UF):	CEP:
Celular/WhatsApp:		

Categoria	Associado	Não Associado
Titular:	R$ 34,00	R$ 99,00
Dependente:	R$ 30,00	R$ 43,00
Familiar:	R$ 112,00	R$ 198,00

- 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

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

Titular:		Nasc.:____/____/_____
CNS.:	CPF.:	
Cônjuge:		Nasc.:____/____/_____
CNS.:	CPF.:	
Dependente:		Nasc.:____/____/_____
CNS.:	CPF.:	
Dependente/Agregado:		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 AUTOMATICO**		

*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

ANS - nº 384844

ANS - nº 384844