 

## INCLUSÃO

## ALTERAÇÃO DE DADOS

|  |
| --- |
| Termo de Adesão ao Convênio Odontológico |
| Nome do Funcionário: |
| Matrícula nº: | Sigla da Unidade de Serviço: |
| **Campo obrigatório - Nome da Mãe:** |
| **Campo obrigatório – Nº do CPF:** |
| **Cartão nacional de saúde:** |
| End. Residencial: |
| Tel: | CEP: | Cidade: |
| End. Comercial: |
| Tel: | CEP: | Cidade: |

|  |  |
| --- | --- |
| Associado | Não Associado |
| Titular | R$ 27,61 | Titular | R$ 80,99 |
| Dependente | R$ 24,75 | Dependente | R$ 34,69 |
| Familiar | R$ 89,68 | Familiar | R$ 160,60 |

* 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. Acima ou abaixo desse número, considerar os valores individuais.
* CNS- Cartão Nacional de Saúde

|  |  |
| --- | --- |
| Titular: | Nasc.: |
| CNS: / CPF: |  |
| Cônjuge: | Nasc.: |
| CNS: / CPF: |  |
| Dependente: | Nasc.: |
| CSN: / CPF:  |  |
| Dependente: | Nasc.: |
| CSN: / CPF: |  |
| Dependente/agregado: | Nasc.: |
| CSN: / CPF: |  |

|  |
| --- |
| 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.*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ de 201\_\_.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura do Funcionário