

☐ 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\$ 30,37

R\$ 89,09

Dependente: R\$ 27,22

R\$ 38,16

Familiar: R\$ 98,65

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

// 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, referente ao convênio odontológico da PLENODONTO Assistência Odontológica S/C Ltda., em parceria com a Associação SABESP.

[] Santander

Agência:

Conta Corrente:

[] Bradesco

Agência:

Conta Corrente:

***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.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do funcionário