



Tipos de planos

- 01 [ ] SÊNIOR EMPRESARIAL NACIONAL
- 02 [ ] MASTER EMPRESARIAL NACIONAL
- 03 [ ] MASTER GOLD EMPRESARIAL NACIONAL
- 04 [ ] VIP EMPRESARIAL NACIONAL

FICHA DE ADESÃO AO PLANO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA SERVDONTO

MARCAR APENAS UMA OPÇÃO [ X ]

[ ] ADESÃO (Tit. + Dep.)      [ ] INCLUSÃO DE DEPENDENTE

TP  Eu \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Nascimento : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CNS: \_\_\_\_\_ Mat.: \_\_\_\_\_ Unid.: \_\_\_\_\_

Residente: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - Tel.: Res. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Tel.: Res. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

T.P.	NOME DO DEPENDENTE	DATA DE NASCIMENTO	SX	GP
<input type="checkbox"/>	1. _____ Mãe _____	____/____/____ CPF: _____ CNS: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2. _____ Mãe _____	____/____/____ CPF: _____ CNS: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3. _____ Mãe _____	____/____/____ CPF: _____ CNS: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Declaro que me responsabilizo pelos meus dependentes acima descritos (esposa, filhos, companheiros, agregados.)

VALORES

Titular R\$ \_\_\_\_\_ Dependente R\$ \_\_\_\_\_ Total a ser descontado R\$ \_\_\_\_\_

Autorizo a empresa acima descontar mensalmente dos meus vencimentos a importância total acima. Reajustável de acordo com índice estipulado em contrato. O plano terá duração de 12 (doze) meses renovado automaticamente por igual período caso não haja manifestação contrária 30 (trinta) dias antes de seu término por qualquer das partes. O titular e/ou seus dependentes só poderá ser excluído plano antes do prazo determinado, caso seja desligado da empresa.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura de Funcionário \_\_\_\_\_