

FICHA ADESÃO



Dados do Titular – nomes sem abreviação

Nome _____ CPF _____
 Nasc _____ / _____ / _____ Sexo: () M () F Estado Civil _____
 Nome da mãe _____
 Plano: _____ Endereço _____
 Nº _____ Compl _____ Bairro _____
 Cidade _____ CEP _____ Fone () _____

Dados dos Dependentes – dependentes maiores de 18 anos devem informar CPF próprio

Nome _____	Sexo () M () F	Nascimento _____ / _____ / _____
CPF _____	Parentesco* _____	Nome da mãe _____
Nome _____	Sexo () M () F	Nascimento _____ / _____ / _____
CPF _____	Parentesco* _____	Nome da mãe _____
Nome _____	Sexo () M () F	Nascimento _____ / _____ / _____
CPF _____	Parentesco* _____	Nome da mãe _____
Nome _____	Sexo () M () F	Nascimento _____ / _____ / _____
CPF _____	Parentesco* _____	Nome da mãe _____
Nome _____	Sexo () M () F	Nascimento _____ / _____ / _____
CPF _____	Parentesco* _____	Nome da mãe _____

- | | | | |
|--|--|--|-----------------------|
| 01 - Cônjuge | 06 - Enteado(a) menor até 21 anos | 10 - Tutelado(a) universitário até 24 anos | 14 - Tios |
| 02 - Companheiro (a) | 07 - Enteado(a) universitário(a) até 24 anos | 11 - Pais | 15 - Sobrinhos |
| 03 - Filho(a) menor até 21 anos | 08 - Enteado(a) inválido(a) | 12 - Padrasto / Madrasta | 16 - Netos / bisnetos |
| 04 - Filho(a) universitário(a) até 24 anos | 09 - Tutelado(a) menos até 21 anos | 13 - Irmãos | 17 - Avôs / Bisavôs |
| 05 - Filho(a) inválido(a) | | | |

OBS: Dependente é obrigatório ter o mesmo plano do titular.

Autorização para Desconto em Folha

Pelo presente, autorizo o Estipulante indicado acima a descontar de meu salário, em folha de pagamento, a importância relativa à minha contribuição para o Plano Odontológico contratado em meu benefício e de meus dependentes elegíveis, conforme os valores a que tiver direito agora e no futuro, e/ou descontar valores de co-participação relacionados ao uso, meu e de meus dependentes, deste Plano Odontológico ao qual estou sujeito.

Local e Data _____

Assinatura _____

ANS – Nº 41807-2