

Ficha de Adesão Plano Odontológico

ANS-nº 38.004-1



Empresa:

Plano: MASTER R\$ 30,09 () DIAMOND R\$ 129,49 ()

Titular:

CPF: RG: Nasc.:

Sexo: () Masculino () Feminino Estado Civil:

Cargo: Matrícula:

Nome da mãe:

Celular *: *Obrigatório Telefone:

1 Dependente:
Nasc.: Sexo: Parentesco: CPF:
Celular: Estado Civil:
Nome da mãe:

2 Dependente:
Nasc.: Sexo: Parentesco: CPF:
Celular: Estado Civil:
Nome da mãe:

3 Dependente:
Nasc.: Sexo: Parentesco: CPF:
Celular: Estado Civil:
Nome da mãe:

4 Dependente:
Nasc.: Sexo: Parentesco: CPF:
Celular: Estado Civil:
Nome da mãe:

Endereço Residencial:

Bairro: Cidade: CEP: UF:

Tel. Res.: () Tel. Com.: () Ramal:

E-mail:

Solicito minha adesão ao Plano Odontológico de acordo com as condições, coberturas e rotinas constantes do Contrato de Prestação de Serviços assinado entre a Prodent e a Empresa acima, estando o mesmo à disposição na empresa. Autorizo o desconto mensal em folha de pagamento no valor do plano Master, por pessoa inscrita durante o período de vigência, sendo a renovação automática salvo minha solicitação por escrito com 30 dias de antecedência do término da vigência.

Data: ____ / ____ / ____ Assinatura do Associado: _____