

Ficha de Adesão

Matrícula:

Início da Vigência: / /



PROPONENTE TITULAR

Nome Completo:					
Data de Nascimento		Sexo	EC	CPF	PIS/PASEP
/ /					
Cartão Nacional de Saúde			Identidade	Número da Declaração de Nascido Vivo	
Nome Completo da Mãe:					
CEP		Rua/Av.			
N°	Bairro			Cidade	UF
Telefone Residencial		Telefone Celular		Telefone Comercial	
E-mail				Data de admissão na empresa	

DEPENDENTE(S)

1	Nome Completo:				
	Data de Nascimento		Sexo	CPF	N° Declaração de Nascido Vivo
	/ /				
	EC	GP	Identidade	Cartão Nacional de Saúde	
Nome Completo da Mãe:					
2	Nome Completo:				
	Data de Nascimento		Sexo	CPF	N° Declaração de Nascido Vivo
	/ /				
	EC	GP	Identidade	Cartão Nacional de Saúde	
Nome Completo da Mãe:					
3	Nome Completo:				
	Data de Nascimento		Sexo	CPF	N° Declaração de Nascido Vivo
	/ /				
	EC	GP	Identidade	Cartão Nacional de Saúde	
Nome Completo da Mãe:					
4	Data de Nascimento		Sexo	CPF	N° Declaração de Nascido Vivo
	/ /				
	EC	GP	Identidade	Cartão Nacional de Saúde	
	Nome Completo da Mãe:				

Estado Civil (EC) 1-Solteiro 2-Casado 3-Viúvo 4-Separado 5-Divorciado 6-Outros - Grau de Parentesco (GP) 1-Cônjuge 2-Filho 3-Outros (Descrever)

Declaro que, antes do preenchimento deste Termo de Adesão, me foi disponibilizado o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS. Esclareço que fui informado que, juntamente com o Cartão de Identificação, receberei o Guia de Leitura Contratual – GLC. Autorizo _____ a proceder minha inclusão, bem como de meu(s) dependente(s) no Odontoplano Belo Dente, de livre adesão e com utilização exclusiva em rede credenciada. Declaro estar ciente que o período mínimo para permanência no plano (titular e dependentes) é de 12 meses a contar da data de inclusão ou 12 meses após a data da última utilização. Sei também que, na condição de demitido sem justa causa ou aposentado, poderei optar pela manutenção do plano em até 30 dias a partir da comunicação do aviso prévio ou da aposentadoria.

Valor pago pelo titular: R\$ _____ (_____)
 Valor pago para cada dependente: R\$ _____ (_____)
 Valor total: R\$ _____ (_____)

_____, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do Titular (nome completo e legível).

IMPORTANTE: Juntamente com a ficha de adesão é necessário o envio da cópia dos seguintes documentos: imprescindível dependentes maiores de 18 anos cópia do CPF (ou PIS), carteira de identidade, cartão nacional de saúde. Para menores de idade: certidão de nascimento, declaração de nascido vivo e cartão nacional de saúde. Para esposo(a) cópia da certidão de casamento ou declaração de união estável, cartão nacional de saúde e o CPF.