TERMO DE ADESÃO AO PLANO ODONTOLÓGICO EXECUTIVO

☐ Inclusão de Dependentes

» DADOS DO ASSOCIADO

Nome do Associado: _____

Matrícula AAFC: _____ CPF: _____ Tel: ( ) _____

End. Residencial: _____

CEP: _____ UF: ____ Cidade: _____

• Proposta válida somente para associados da AAFC e seus familiares.

» DADOS DO TITULAR

Titular: _____ Sexo: ☐M ☐F

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde: _____

Nasc.: ___/___/___ Nome da Mãe: _____

» DADOS DOS FAMILIARES - Grau de parentesco: 1 - Filho(a), 2 - Cônjuge, 3 - Agregado(a) - responda qual grau de parentesco.

Nome: _____ Nasc.: ___/___/___ Sexo: ☐M ☐F

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde: _____

Parentesco: ☐1 ☐2 ☐3-grau: _____ Nome da Mãe: _____

Nome: _____ Nasc.: ___/___/___ Sexo: ☐M ☐F

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde: _____

Parentesco: ☐1 ☐2 ☐3-grau: _____ Nome da Mãe: _____

Nome: _____ Nasc.: ___/___/___ Sexo: ☐M ☐F

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde: _____

Parentesco: ☐1 ☐2 ☐3-grau: _____ Nome da Mãe: _____

Nome: _____ Nasc.: ___/___/___ Sexo: ☐M ☐F

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde: _____

Parentesco: ☐1 ☐2 ☐3-grau: _____ Nome da Mãe: _____

Nome: _____ Nasc.: ___/___/___ Sexo: ☐M ☐F

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde: _____

Parentesco: ☐1 ☐2 ☐3-grau: _____ Nome da Mãe: _____

Eu_____,

AUTORIZO o débito de parcelas mensais no valor de:

☐ Titular = R$ 22,90 ☐ Titular + 01 familiar = R$ 41,60 ☐ Titular + 02 familiares = R$ 62,40

☐ Titular + 03 familiares = R$ 83,20 ☐ Titular + 04 familiares = R$ 104,00 ☐ Titular + 05 familiares = R$ 122,80

Com vencimento no último dia de cada mês em minha conta corrente do Banco Santander, **agência:** ___|___|___|___, **conta corrente:** ___|___|___|___|___|___|___|___|___|___ – ___ referente ao convênio odontológico da PLENODONTO Assistência Odontológica S/C Ltda., em parceria com a Associação dos Aposentados da Fundação CESP.

Declaro serem verdadeiras as informações acima e, caso não sejam, sujeito-me as penalidades previstas no Estatuto Social e no Código de Ética da AAFC.

_____, ____, _____ de 20 ____ _____

Assinatura do Associado

Tempo mínimo de permanência no plano de 12 meses conforme especificações gerais disponíveis no site www.aafc.org.br

ANS nº 40345-8

INSTRUÇÕES DE ENVIO

Basta preencher o termo de adesão e enviar para: **atendimento@plenodonto.com.br**

Após o débito em conta a emissão da carteirinha será via: **aplicativo Plenodonto**

Disponível no Google Play

Disponível na App Store

Associação dos Aposentados da Fundação CESP

PLENODONTO ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA