

## FICHA DE ADESÃO PLANO ORTOCLIN

### DADOS DO TITULAR:

NOME COMPLETO TITULAR		
NOME DA MÃE		
CPF:	DATA DE NASCIMENTO	SEXO:
	/ /	( ) M ( ) F

### DADOS DO DEPENDENTE QUE DESEJA INCLUIR:

NOME COMPLETO		CPF
NOME DA MÃE		
DATA DE NASCIMENTO:	SEXO:	GRAU DE PARENTESCO:
/ /	( ) M ( ) F	( ) FILHO (A) CÔNJUGE ( ) OUTROS

NOME COMPLETO		CPF
NOME DA MÃE		
DATA DE NASCIMENTO:	SEXO:	GRAU DE PARENTESCO:
/ /	( ) M ( ) F	( ) FILHO (A) CÔNJUGE ( ) OUTROS

NOME COMPLETO		CPF
NOME DA MÃE		
DATA DE NASCIMENTO:	SEXO:	GRAU DE PARENTESCO:
/ /	( ) M ( ) F	( ) FILHO (A) CÔNJUGE ( ) OUTROS

**ATENÇÃO: O SÓCIO DO CLUBENE TEM DIREITO AO PLANO GRATUITAMENTE E OS DEMAIS USUÁRIOS AO CUSTO DE R\$ 20,00 (VINTE REAIS).**

ESTOU CIENTE QUE SERÁ DESCONTADO R\$ \_\_\_\_\_ DOS MEUS DEPENDENTES

DESEJO REALIZAR INCLUSÃO NO PLANO ODONTOLÓGICO E ESTOU CIENTE DE QUE APÓS TER SIDO INCLUÍDO NO PLANO, O PRAZO MÍNIMO DE PERMANÊNCIA SERÁ DE 12 (DOZE) MESES, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE VIGÊNCIA, SENDO RENOVADO AUTOMATICAMENTE, SEMPRE QUE NÃO HOUVER COMUNICAÇÃO FORMAL SOLICITANDO O CANCELAMENTO.

RECIFE(PE), \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PROPONENTE TITULAR