

FICHA DE ADESÃO - CLIN PLANO ODONTO DIGITAL

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\$ 30,00 (TRINTA 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