

## TERMO DE ADESÃO

## DADOS DO CONTRATANTE

NOME COMPLETO DO TITULAR												C.P.F.			
NOME A SER IMPRESSO NO CARTÃO															
DATA DE NASCIMENTO		/ /		<input type="checkbox"/> 1 – Solteiro <input type="checkbox"/> 2 – Casado		<input type="checkbox"/> 3 – Viúvo <input type="checkbox"/> 4 – Desquitado		<input type="checkbox"/> 5 – Divorciado <input type="checkbox"/> 6 – Outros		SEXO		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	RG	
NATURALIDADE												ÓRGÃO EMISSOR		UF	
FILIAÇÃO															
Pai:												Mãe:			
END. RESIDENCIAL															
BAIRRO		CIDADE		UF		CEP									
DDD	FONE	CELULAR		FAX		E-MAIL									
END. DO TRABALHO															
BAIRRO		CIDADE		UF											
CEP	FONE		FAX		E-MAIL										
BANCO		NAT. OPERAÇÃO		AGENCIA		CONTA CORRENTE									

## DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

## DEPENDENTE 1

PARENTESCO:													
NOME A SER IMPRESSO NO CARTÃO													
DATA DE NASCIMENTO		/ /		<input type="checkbox"/> 1 – Solteiro <input type="checkbox"/> 2 – Casado		<input type="checkbox"/> 3 – Viúvo <input type="checkbox"/> 4 – Desquitado		<input type="checkbox"/> 5 – Divorciado <input type="checkbox"/> 6 – Outros		SEXO		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
CPF		RG								ÓRGÃO EMISSOR		UF	
FILIAÇÃO													
Pai:												Mãe:	

## DEPENDENTE 2

PARENTESCO:													
NOME A SER IMPRESSO NO CARTÃO													
DATA DE NASCIMENTO		/ /		<input type="checkbox"/> 1 – Solteiro <input type="checkbox"/> 2 – Casado		<input type="checkbox"/> 3 – Viúvo <input type="checkbox"/> 4 – Desquitado		<input type="checkbox"/> 5 – Divorciado <input type="checkbox"/> 6 – Outros		SEXO		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
CPF		RG								ÓRGÃO EMISSOR		UF	
FILIAÇÃO													
Pai:												Mãe:	

## DEPENDENTE 3

PARENTESCO:													
NOME A SER IMPRESSO NO CARTÃO													
DATA DE NASCIMENTO		/ /		<input type="checkbox"/> 1 – Solteiro <input type="checkbox"/> 2 – Casado		<input type="checkbox"/> 3 – Viúvo <input type="checkbox"/> 4 – Desquitado		<input type="checkbox"/> 5 – Divorciado <input type="checkbox"/> 6 – Outros		SEXO		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
CPF		RG								ÓRGÃO EMISSOR		UF	
FILIAÇÃO													
Pai:												Mãe:	

## VALORES PREVISTOS DE ACORDO COM A TABELA VIGENTE

PLANO ODONTOLÓGICO												TOTAL	
PLANO ÓDONTOLÓGICO												TOTAL	

## DADOS DO PAGAMENTO DESTA SOLICITAÇÃO

Autorizo o SINAGÊNCIAS a proceder o desconto mensal em minha conta corrente nº \_\_\_\_\_ agência \_\_\_\_\_ banco \_\_\_\_\_, ou por consignação em folha diretamente em minha Unidade Pagadora ou por meio de cobrança em boleto bancário, no valor de R\$ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ), referente ao plano odontológico contratado pelo sindicato junto a operadora de minha escolha, a partir desta data, bem como qualquer autorização financeira futura do mesmo.

## DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO

Declaro estar ciente das cláusulas do contrato a que faz parte este **Termo de Adesão** por mim assinado, e de ter recebido as Condições Gerais os quais foram lidos, entendidos e aceitos, sem quaisquer restrições.

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro, na qualidade de contratante, ser responsável pelo(s) beneficiário(s) e dependente(s) integrante(s) desta proposta, que assumo, a obrigação pelo pagamento das mensalidades e as principais obrigações correspondentes ao **Plano Odontológico**, que ora subscrecio, e as de quaisquer outros dependentes que nele venham a ser incluídos.

Brasília, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_