



Sindicato Nacional dos Servidores das Agências Nacionais de Regulação

Data de Admissão

Termo de Adesão N°

### 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"/> 3 - Viúvo		<input type="checkbox"/> 5 - Divorciado		SEXO		<input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> F		RG	
/ /		2 - Casado		4 - Desquitado		6 - Outros									
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"/> 3 - Viúvo		<input type="checkbox"/> 5 - Divorciado		SEXO		<input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> F		RG	
/ /		2 - Casado		4 - Desquitado		6 - Outros									
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"/> 3 - Viúvo		<input type="checkbox"/> 5 - Divorciado		SEXO		<input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> F		RG	
/ /		2 - Casado		4 - Desquitado		6 - Outros									
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"/> 3 - Viúvo		<input type="checkbox"/> 5 - Divorciado		SEXO		<input type="checkbox"/> M		<input type="checkbox"/> F		RG	
/ /		2 - Casado		4 - Desquitado		6 - Outros									
CPF				RG		ÓRGÃO EMISSOR		UF							
FILIAÇÃO Pai: _____ Mãe: _____															

#### VALORES PREVISTOS DE ACORDO COM A TABELA VIGENTE

PLANO ODONTOLÓGICO	TOTAL
PLANO ODONTOLÓGICO	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 subscrevo, e as de quaisquer outros dependentes que nele venham a ser incluídos.

Brasília, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SINAGÊNCIAS

Assinatura do Titular