



## Termo de Adesão

DENTIÇÃO CONVÊNIO ODONTOLÓGICOS  
ANS - Nº 32.786-7

EMPRESA OU CONVÊNIO:

COD. TITULAR:

SITUAÇÃO: ( ) NOVO CONTRATO ( ) MIGRAÇÃO ( ) TITULAR SEM BENEFÍCIO ( ) INCLUSÃO DE DEPENDENTE

### DADOS DO TITULAR NO PLANO:

NOME:

DATANASCIMENTO: / / SEXO: ( ) MASC. ( ) FEM. EST. CIVIL:

TELEFONES: RES. ( ) - COM. ( ) - CEL. ( ) -

E-MAIL

END. CORRESPONDÊNCIA: BAIRRO:

CIDADE: CEP: DF: COMP.:

END. COMERCIAL: BAIRRO:

CIDADE: CEP: DF: COMP.:

CPF: RG: EXP.: PIS:

NOME DAMÃO:

NOME DO PAI:

### DESCRIÇÃO DA FORMA DE PAGAMENTO E PLANOS ADQUIRIDOS:

PLANO ADQUIRIDO:

BOLETO BANCÁRIO VENCIMENTO: ( ) 05 ( ) 10 ( ) 15 ( ) 20 ( ) 30

DÉBITO EM CONTA CORRENTE NO 6º DIA ÚTIL BANCO: AG.: CC: R\$

DESCONTO EM FOLHA GOVERNO: SIGLA: MATRICULA:

DESC. EM FOLHA PREFEITURAS: SIGLA PREF.: MATRICULA:

### INCLUSÃO DE DEPENDENTE:

NOME: COD.:

DATANASCIMENTO: / / SEXO: ( ) MASC. ( ) FEM. EST. CIVIL:

CPF: RG: ORG. EXP.:

GRAU DE PARENTESCO: E-MAIL:

NOME DAMÃO:

NOME DO PAI:

OBSERVAÇÕES:

### AUTORIZAÇÃO

O CONTRATANTE É CIENTE E AUTORIZA OS DÉBITOS DOS VALORES REFERENTES A TRATAMENTOS, MENSALIDADES E TAXAS DESCRITAS À CONTRATADA.

O CONTRATANTE NOMEADO TITULAR DO PLANO, QUE ABAIXO ASSINA RESPONSABILIZA-SE PELOS DADOS AQUI DECLARADOS COMPROMETENDO-SE A INFORMAR QUALQUER ALTERAÇÃO DAS FORMAS DE CONTATO E ENDEREÇO QUE POSSAM PREJUDICAR SUA LOCALIZAÇÃO, CIENTE QUE A OMISSÃO NO ANTERIORMENTE FORNECIDO PODE ACARRETTAR A INCLUSÃO DE SEU NOME JUNTO AO SPC SEM O SEU PRÉVIO CONHECIMENTO.

ASSINATURA E CARIMBO DO VENDEDOR

ASSINATURA DO CONTRATANTE (TITULAR)



**TERMO DE ADESÃO**  
DENTIÇÃO CONVÊNIO ODONTOLÓGICOS - ANS - Nº 32.786-7

**INCLUSÃO DE DEPENDENTE:**

NOME:		COD.:	
DATANASCIMENTO: / /	SEXO: ( ) MASC. ( ) FEM.	EST. CIVIL:	
CPF:	RG:	ORG. EXP.:	
GRAU DE PARENTESCO:	E-MAIL:		
NOME DA MÃE:			
NOME DO PAI:			
OBSERVAÇÕES:			

**INCLUSÃO DE DEPENDENTE:**

NOME:		COD.:	
DATANASCIMENTO: / /	SEXO: ( ) MASC. ( ) FEM.	EST. CIVIL:	
CPF:	RG:	ORG. EXP.:	
GRAU DE PARENTESCO:	E-MAIL:		
NOME DA MÃE:			
NOME DO PAI:			
OBSERVAÇÕES:			

**INCLUSÃO DE DEPENDENTE:**

NOME:		COD.:	
DATANASCIMENTO: / /	SEXO: ( ) MASC. ( ) FEM.	EST. CIVIL:	
CPF:	RG:	ORG. EXP.:	
GRAU DE PARENTESCO:	E-MAIL:		
NOME DA MÃE:			
NOME DO PAI:			
OBSERVAÇÕES:			

**INCLUSÃO DE DEPENDENTE:**

NOME:		COD.:	
DATANASCIMENTO: / /	SEXO: ( ) MASC. ( ) FEM.	EST. CIVIL:	
CPF:	RG:	ORG. EXP.:	
GRAU DE PARENTESCO:	E-MAIL:		
NOME DA MÃE:			
NOME DO PAI:			
OBSERVAÇÕES:			

ASSINATURA DO CONTRATANTE (TITULAR)

**USO INTERNO DENTALPREV**

SETOR FINANCEIRO:

SETOR ADMINISTRATIVO (CADASTRO)