



## TERMO DE ADESÃO AO PLANO ODONTOLÓGICO DA BRADESCO

NOME DA OPERADORA PLANO ODONTOLÓGICO: <b>Bradesco Dental</b>		NOME PLANO ODONTOLÓGICO: <b>Essencial Plus</b>		LANÇAMENTO NA FATURA DE:	
VALOR POR VIDA <b>R\$ 25,00</b>	TOTAL DE VIDAS		VALOR TOTAL DA ADESÃO R\$		
<b>INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO</b>					
<b>SEXO</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>		<b>PARENTESCO</b>		
1 – Masculino 2 – Feminino	1 – solteiro 2 – casado 3 – viúvo 4 – separado/divorciado		1 – cônjuge 2 – filho (solteiros até 29 anos) 8 – outros		
NOME:					
DATA NASCIMENTO:	CPF	Estado civil		Sexo	
ENDEREÇO RESIDENCIAL:		CIDADE	UF	CEP	
E-mail			Telefone		
<b>DADOS DO DEPENDENTE</b>					
Nome do dependente:	sexo	Estado civil	Parentesco	Data de nascimento	
Nome do dependente:	sexo	Estado civil	Parentesco	Data de nascimento	
Nome do dependente:	sexo	Estado civil	Parentesco	Data de nascimento	
Nome do dependente:	sexo	Estado civil	Parentesco	Data de nascimento	
Nome do dependente:	sexo	Estado civil	Parentesco	Data de nascimento	
Nome do dependente:	sexo	Estado civil	Parentesco	Data de nascimento	

1 Autorizo a ASAMP descontar mensalmente, em folha de pagamento o valor da adesão ao plano de saúde Odontológica. Declaro para os devidos fins de direito que fui devidamente informado (a), sobre os meus direitos e deveres e que preenchi esta ficha sob a orientação adequada.

2 Declaro ainda que no ato da minha adesão ao plano de privado de assistência à saúde odontológica, foi me informado que, minha adesão não estava condicionada a aquisição de qualquer outro produto, tratando-se apenas de adesão espontânea ao produto assinalado acima.

3 Feita a opção pelo Plano Odontológico, os beneficiários deverão permanecer no Plano, por um período mínimo de 12(doze) meses contados da data de inclusão no plano.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Beneficiário Titular

\_\_\_\_\_  
ASAMP