

TERMO DE ADESÃO DE DEPENDENTE COMO TITULAR AO PLANO ODONTOLÓGICO – MEDIAL ODONTO

DADOS PESSOAIS DO INTERESSADO		
Nome:	Matrícula:	
Email:	Telefone Residencial ()	Celular ()
Categoria:		
Assistido	Autopatrocinado	Ativo

Solicito a inclusão de meu(s) dependente(s) indicado(s) abaixo no Plano Odontológico - **Medial Odonto**, a partir do mês _____ de _____.

Declaro estar ciente de que a Previnorte é apenas mediadora entre seus **participantes** e a **Medial Odonto**, tendo como gestora a Medial Saúde, cabendo-me o custo integral do valor referente a meu(s) dependente(s) abaixo indicado(s). Outrossim, autorizo a cobrança desse(s) valor(es) conforme a categoria na qual me incluo:

Desconto em folha de pagamento de benefícios da Previnorte (**Assistidos**).

Emissão de boleto bancário (**Autopatrocinados**).

Desconto em folha de pagamento dos patrocinadores (**Ativos**).

DADOS PESSOAIS DO DEPENDENTE			
Nome:			
Data de Nascimento:	Estado Civil:	Identidade:	CPF:
Nome da Mãe:			
Endereço:			
Cidade:	UF:	Cep:	Telefone: ()
INCLUSÃO DE DEPENDENTE DO TITULAR			
	Nome do dependente	Parentesco	Data de Nascimento
01)			
02)			
03)			
04)			
05)			

Obs: anexar as cópias dos documentos (identidade e CPF e/ou certidão de casamento e/ou certidão e nascimento) juntamente com o termo de adesão.

ASSINATURA

Participante	Local / Data