



**PORTO
SEGURO**
Odontológico

TERMO DE ADESÃO E AUTORIZAÇÃO

Plano Odontológico

Eu, _____ portador (a) do CPF: _____ resolvo, de livre e espontânea vontade, aderir ao contrato de prestação de serviço firmado entre o Instituto Adventista de Ensino – CAMPUS: _____ e a Porto Seguro – Seguros CNPJ 04.540.010/0001-70, tendo ciência das cláusulas e coberturas contratuais, concordando com elas. A permanência mínima obrigatória no plano odontológico é de 24 meses.

() Não aceito minha inclusão ao Plano odontológico.

DADOS PESSOAIS DOS DEPENDENTES

Dependente 1

Nome completo: _____

Mãe: _____

RG: _____

CPF: _____

Data de Nascimento: _____

Grau de parentesco: _____

Dependente 2

Nome completo: _____

Mãe: _____

RG: _____

CPF: _____

Data de Nascimento: _____

Grau de parentesco: _____

Dependente 3

Nome completo: _____

Mãe: _____

RG: _____

CPF: _____

Data de Nascimento: _____

Grau de parentesco: _____

OPÇÃO DE COBERTURA

(a escolha do plano deverá ser a mesma tanto para o titular como para dependentes)

• Valores para funcionários:

() Bronze – R\$ 6,64

() Prata – R\$ 58,71

() Ouro – R\$ 72,06

• Valores para dependentes:

() Bronze – R\$ 13,27

() Prata – R\$ 65,35

() Ouro – R\$ 78,70

() Afirmo serem verdadeiros os dados informados nesta ficha, concordando com as condições do Plano Odontológico oferecido pela Porto Seguro, estando ciente das cláusulas contratuais da prestação de serviços odontológicos. Autorizo ainda, que as despesas e taxas sobre convênio sejam descontadas do meu pagamento salarial e repassadas à Porto Seguro – Seguros.

Local/data: _____

Assinatura do titular