

Proposta de Adesão ao Plano Odontológico Essencial Plus Bradesco Dental

Nome: _____

CPF: _____ Cargo Efetivo: _____

RF: _____, Lotação: _____ R.G. _____

Estado civil: _____ Email: _____

Nome da mãe: _____

Telefones: _____

Dependentes? [] Não [] Sim _____ (relacionados no verso)

Venho através deste, requerer a inclusão no Plano odontológico Bradesco Dental Empresarial, tipo Essencial Plus, com prestação mensal de R\$ 19,80 (dezenove reais e oitenta centavos) reajustados anualmente de acordo com índice definido pela Bradesco Dental. Estou ciente de que:

1º) O prazo mínimo de permanência no plano é de 12 (doze) meses, contados da data da inclusão no Plano. Caso haja desistência, estou ciente de que será cobrado 6 (seis) vezes o valor da última contribuição paga.

2º) A prestação mensal de R\$ 19,80 (dezenove reais e oitenta centavos) por usuário e dependentes, limitados a condição de dependentes do Imposto de Renda.

3º) Não será cobrada taxa para emissão da 1ª via do cartão de identificação, sendo cobrado R\$ 5,00 (cinco reais) pela 2ª via.

Nestes Termos, peço deferimento.

Campo Grande, MS, ____/____/2016

Assinatura

Dependentes:

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Parentesco: _____

CPF: _____ Sexo: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Parentesco: _____

CPF: _____ Sexo: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Parentesco: _____

CPF: _____ Sexo: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Parentesco: _____

CPF: _____ Sexo: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Parentesco: _____

CPF: _____ Sexo: _____