

**DECLARAÇÃO DE OPÇÃO
PLANO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Assistência em São Paulo de Odontologia

O funcionário ou associado identificado abaixo declara, para todos os fins, que nesta data exerce opção pelo Plano de Assistência Odontológica AESP EMPRESARIAL, autorizando o desconto mensal total pela empresa em folha de pagamento, não caracterizando obrigação da empresa sobre este benefício.

NOME _____

DATA DE NASCIMENTO _____

SEXO M F

ESTADO CIVIL _____

CARTEIRA DE IDENTIDADE R.G. Nº. _____

SSP/ _____

C.P.F. Nº _____

FILIAÇÃO (NOME DA MÃE) _____

C.P.F. Nº _____

END. RESIDENCIAL _____

CEP _____

BAIRRO _____

CIDADE _____

ESTADO _____

U.F. _____

TELEFONE 1 DDD _____

CELULAR DDD _____

FUNCIONÁRIO OU ASSOCIADO DA EMPRESA _____

AUTORIZO O DESCONTO MENSAL EM FOLHA DE PAGAMENTO E/OU DE MEUS DEPENDENTES E AGREGADOS, CONFORME OPÇÃO PELO PLANO ODONTOLÓGICO AESP EMPRESARIAL.

Declaro conhecer todas as cláusulas contratuais, e que não poderei cancelar minha participação antes de 18 (dezoito) meses, exceto em caso de demissão, ou pagar as despesas do material utilizado durante a vigência deste contrato, com base na tabela da CNCC (Comissão Nacional de Convênio e Credenciamento).

DEPENDENTES: ESPOSA(O), COMPANHEIRO, FILHOS(AS) E EQUIPARADOS

AGREGADOS: PAI, MÃE, SOGRO(A), FILHOS(AS) MAIORES CONFORME LEGISLAÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA OU PREVIDÊNCIA SOCIAL

NOME _____

DATA NASC. ____/____/____

PARENTESCO _____

R.G. Nº _____

NOME _____

DATA NASC. ____/____/____

PARENTESCO _____

R.G. Nº _____

NOME _____

DATA NASC. ____/____/____

PARENTESCO _____

R.G. Nº _____

NOME _____

DATA NASC. ____/____/____

PARENTESCO _____

R.G. Nº _____

NOME _____

DATA NASC. ____/____/____

PARENTESCO _____

R.G. Nº _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

TODAS AS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS, BEM COMO A VERACIDADE DESTAS, SÃO DE MINHA INTEIRA RESPONSABILIDADE.

VALOR TOTAL A SER DESCONTADO R\$ _____

1º DESCONTO EM _____

DATA: SÃO PAULO, _____

DE _____

DE _____

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL QUANDO MENOR DE 18 ANOS