



ASSISTÊNCIA EM SÃO PAULO DE ODONTOLOGIA

DECLARAÇÃO DE OPÇÃO DO PLANO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

O funcionário ou associado identificado 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 esse benefício.

Eu, _____, portador(a) do R.G. número _____, Orgão Emissor _____ Data de Exp. ____/____/____ C.P.F. _____

Data Nasc. ____/____/____, filho de (mãe) _____

Estado Civil: _____ End. Res.: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Cep: _____ - Estado: _____

Telefone: _____ Celular: _____ 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 12 meses exceto em caso de demissão, ou pagar as despesas do material utilizado durante vigência deste contrato, com base na tabela da CNCC (Comissão Nacional de Convênio e Credenciamento).

Dependentes: Esposa(o), Companheira(o), Filhas(os) e equiparados.

Agregados: Pai, Mãe, Sogra(o), Filhas(os) maiores conforme legislação do Imposto de Renda ou Previdência Social

Nome:	Nasc.: ____ - ____ - ____	R.G.:	
Orgão Emissor:	Data de Exp.: ____ - ____	Parentesco:	C.P.F.:
Nome da Mãe:			

Nome:	Nasc.: ____ - ____ - ____	R.G.:	
Orgão Emissor:	Data de Exp.: ____ - ____	Parentesco:	C.P.F.:
Nome da Mãe:			

Nome:	Nasc.: ____ - ____ - ____	R.G.:	
Orgão Emissor:	Data de Exp.: ____ - ____	Parentesco:	C.P.F.:
Nome da Mãe:			

Nome:	Nasc.: ____ - ____ - ____	R.G.:	
Orgão Emissor:	Data de Exp.: ____ - ____	Parentesco:	C.P.F.:
Nome da Mãe:			

Nome:	Nasc.: ____ - ____ - ____	R.G.:	
Orgão Emissor:	Data de Exp.: ____ - ____	Parentesco:	C.P.F.:
Nome da Mãe:			

VALOR TOTAL A SER DESCONTADO: R\$ _____ 1º desconto em ____/____/____

São Paulo, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do funcionário: _____

Responsável pelo menor: _____

