Fênix Consultoria em Saúde
CNPJ: 48.501.923/0001-53

SINDSERH-AL
SINDICATO ESTADUAL DOS TRABALHADORES DE SERVIÇOS HOSPITALARES NO ESTADO DE ALAGOAS

FORMULÁRIO DE ADESÃO AO PLANO ODONTOLÓGICO

NOME DO(A) FILIADO(A):	
CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
MATRÍCULA:	SETOR:
NOME DA MÃE:	
TELEFONE:	E-MAIL:
SEXO:	QUANTIDADE DE DEPENDENTES NA IMPLANTAÇÃO:
PLANO:	TIPO:

FORMA DE PAGAMENTO

Ao assinar este formulário, declaro estar ciente de que devo pagar, mensalmente, a mensalidade do plano odontológico, obrigatoriamente, por meio de PIX, para a conta bancária de titularidade do **SINDSERH-AL.**

( ) ESTOU CIENTE DE QUE O PLANO POSSUI 12 (DOZE) MESES DE FIDELIDADE.

Caso o cancelamento do plano seja solicitado antes do término desse período, o beneficiário ficará sujeito ao pagamento de multa correspondente a 70% (setenta por cento) do valor das mensalidades restantes até o fim do período de fidelidade. A multa será aplicada individualmente ao titular e a cada dependente vinculado ao plano, quando houver.

LOCAL:	**DATA:**

ASSINATURA DO(A) REQUERENTE

Fênix Consultoria em Saúde
CNPJ: 48.501.923/0001-53

SINDSERHAL
SINDICATO ESTADUAL DOS TRABALHADORES DE SERVIÇOS HOSPITALARES NO ESTADO DE ALAGOAS

FORMULÁRIO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTES
PLANO ODONTOLÓGICO

NOME DO(A) FILIADO(A) TITULAR:
CPF:

RELAÇÃO DE DEPENDENTES

DEPENDENTE 01

	GRAU DE PARANTESCO
NOME:	
CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
NOME DA MÃE:	

DEPENDENTE 02

	GRAU DE PARANTESCO
NOME:	
CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
NOME DA MÃE:	

DEPENDENTE 03

	GRAU DE PARANTESCO
NOME:	
CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
NOME DA MÃE:	

DEPENDENTE 04

	GRAU DE PARANTESCO
NOME:	
CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
NOME DA MÃE:	

- *Para dependentes maiores de 18 anos, é **obrigatório informar telefone e e-mail individuais.***
- *Caso deseje incluir mais de quatro dependentes, preencha um novo formulário e, no momento do envio, anexe todos juntos.*

LOCAL:	**DATA:**

ASSINATURA DO(A) REQUERENTE