

# TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ADESÃO A PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - Plano Odontológico

ASSOCIADOS DAS ENTIDADES INTEGRANTES DO SISTEMA FENABB

## QUADRO PREAMBULAR

### Dados do Associado Titular:

Nome Completo:		Data de Nasc.:		Sexo: F ( ) M ( )	
Nacionalidade:		Estado Civil:		Profissão:	
RG:	SSP/___	Data de emissão:	Nº de registro AABB:	CPF/MF:	
Endereço:			Nº	Compl.:	Telefone:
Bairro:	Município:		U.F.	CEP:	

### Dados dos Associados Dependentes:

São considerados Associados Dependentes do Associado Titular: cônjuge, companheiro(a), filhos com até 21 anos de idade ou com até 24 anos de idade se estiverem cursando Faculdade, tutelados, curatelados, e demais dependentes econômicos, assim expressamente considerados pelo INSS e pela Receita Federal.

Nome Completo	Parentesco	Sexo	Data de Nascimento	CPF/MF
		F ( ) M ( )		
		F ( ) M ( )		
		F ( ) M ( )		
		F ( ) M ( )		
		F ( ) M ( )		
		F ( ) M ( )		

### Dados da Entidade Integrante do Sistema FENABB:

Nome Completo:		CNPJ/MF:	
Endereço:		Nº:	Compl.:

### Dados do Plano:

Tipo de Plano Odontológico:	Carência:	Data de vencimento:
( ) Plano Integral LARD, registrado provisoriamente na ANS sob o n.º 401.863/98-0	Não há.	Dia 20 de cada mês

### Dados Bancários:

Banco: Banco do Brasil S.A.	Agência:	Conta-Corrente:
--------------------------------	----------	-----------------

### Valor Total Mensal:

Nº Total de Associados (A)	Valor do Plano por associado (B)	Valor da Taxa individual FENABB (C):	Valor de custo de cobrança (banco arrecador) (D)
_____	R\$ 12,94 (doze reais e noventa e quatro centavos)	R\$ 3,00 (três reais)	

VALOR TOTAL DEVIDO: (A) x [(B) + (C)] + (D) = R\$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Assinatura do Associado Titular