

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, ANA PAULA DE GODOY, portador(a) do R.G. número 36.093.222-8, C.P.F. 203.243.718-59 Data Nasc. 10 / 07 / 75
 End. Res. R. DA PERÓBA, 07
 Bairro: DOS RUBINS Cidade: SOCORRO CEP: 13.960-000 Estado: SP
 Telefone: _____ Celular: 9253-1599 funcionário ou associado da empresa LH MARIANA, 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 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), Companheira(o), Filhas(os) e equiparados.
Agregados: Pai, Mãe, Sogra(o), Filhas(os) maiores conforme legislação do Imposto de Renda ou Previdência Social

Nome: TERESA APARECIDA ROSCA Data Nasc. 12 / 11 /
 Parentesco MÃE C.P.F. _____ R.G. _____

Nome: ANA CLARA ROSCA DE GODOY Data Nasc. 14 / 01 / 96
 Parentesco SOBRINHA C.P.F. _____ R.G. _____

Nome: _____ Data Nasc. _____ / /
 Parentesco _____ C.P.F. _____ R.G. _____

Nome: _____ Data Nasc. _____ / /
 Parentesco _____ C.P.F. _____ R.G. _____

Nome: _____ Data Nasc. _____ / /
 Parentesco _____ C.P.F. _____ R.G. _____

VALOR TOTAL A SER DESCONTADO: R\$ 30,00 1º desconto em _____ / /
 São Paulo, 17 de MAIO de 20 11.

Assinatura do funcionário: Ana Paula de Godoy

Responsável pelo menor: _____

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

ESTIPULANTE / EMPREGADOR:

NOME DO FUNCIONÁRIO / SERVIDOR:

ANA PAULA DE GODOY

MATRICULA

CPF

293.263.718-59

Autorizo o meu empregador a proceder mensalmente o desconto em minha Folha de Pagamento dos valores abaixo discriminados, para fazer face as despesas e compromissos por mim assumidos, junto ao **VERTCON CLUBE DE SEGUROS**.

Autorizo ainda a proceder **automaticamente** o ajuste destes valores sempre que houver mudança de faixa etária conforme condições negociadas em cada apólice.

Estou ciente de que os valores descontados referem-se a somatória dos Custos mensais do Seguro de Vida e dos Serviços Assistências Vertcon Clube.

VALOR DO DESCONTO	VALOR POR EXTENSO
R\$ 30,00	TRINTA REAIS

Socorro, 17, 05, 11
LOCAL / DATA

Ana Paula de Godoy
ASSINATURA DO EMPREGADO/SERVIDOR

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

ESTIPULANTE / EMPREGADOR:

NOME DO FUNCIONÁRIO / SERVIDOR:

ANA PAULA DE GODOY

MATRICULA

CPF

293.263.718-59

Autorizo o meu empregador a proceder mensalmente o desconto em minha Folha de Pagamento dos valores abaixo discriminados, para fazer face as despesas e compromissos por mim assumidos, junto ao **VERTCON CLUBE DE SEGUROS**.

Autorizo ainda a proceder **automaticamente** o ajuste destes valores sempre que houver mudança de faixa etária conforme condições negociadas em cada apólice.

Estou ciente de que os valores descontados referem-se a somatória dos Custos mensais do Seguro de Vida e dos Serviços Assistências Vertcon Clube.

VALOR DO DESCONTO	VALOR POR EXTENSO
R\$ 30,00	TRINTA REAIS

Socorro, 17, 05, 11
LOCAL / DATA

Ana Paula de Godoy
ASSINATURA DO EMPREGADO/SERVIDOR