



ANS - nº 324477

Protocolo

Matrícula

PROPOSTA DE INSCRIÇÃO NA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PENSIONISTAS E AGREGADOS DE INSTITUIDOR FALECIDO

Nome completo do titular			
Endereço (Rua, número, complemento)			
Bairro		Cidade	
UF	CEP	E-mail	
Deseja receber as correspondências da CAPESESP via e-mail? () SIM () NÃO			
Filiação/Pai			
Filiação/Mãe			
Sexo		Estado Civil	Data de Nascimento
Carteira de Identidade		Órgão Expedidor	CPF
Telefone Residencial (DDD)	Telefone celular (DDD)		Telefone trabalho (DDD)
PIS / PASEP		Cartão Nacional de Saúde	

O associado titular declara ter pleno conhecimento dos regulamentos e normas referentes à assistência odontológica e se responsabiliza pelo pagamento de suas contribuições mensais e de todos os seus dependentes, bem como por toda e qualquer dívida decorrente de despesas efetuadas pelos mesmos, tais como co-participação financeira dos tratamentos odontológicos cobertos pelo benefício.

Local

____/____/____

Data

Assinatura do Titular