



## TERMO DE COMPROMISSO E ADESÃO AO PLANO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Eu, \_\_\_\_\_ sócio (a) da ASCEFET (ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA AOS SERVIDORES DO CEFET-MG), matrícula SIAPE N.º \_\_\_\_\_, portador (a) da carteira de identidade N.º \_\_\_\_\_ CPF N.º \_\_\_\_\_, solicito a **inclusão** dos usuários abaixo relacionados no plano de assistência odontológica, conforme convênio firmado por esta ASSOCIAÇÃO.

**Declaro estar ciente que a permanência mínima, do titular e dependentes, é de 12 (doze) meses após a data de inclusão, para qualquer plano escolhido, à partir da data de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.**

Declaro ainda, ser do meu conhecimento que a inadimplência com as mensalidades do plano de assistência odontológica, por prazo superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, autoriza, sumariamente, a exclusão do plano.

Nome completo sem abreviaturas			CPF
Estado Civil	RG - Identidade	Data Expedição	Órgão expedidor
Data de Nascimento ___ / ___ / _____	Sexo ( ) Masculino ( ) Feminino	Parentesco (caso seja o Titular, favor não preencher) <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho (a) <input type="checkbox"/> Enteado (a) <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe	
Nome da Mãe:			Forma de pagamento:
Modalidade:	Administradora:	Nº do contrato:	

Nome completo sem abreviaturas			CPF
Estado Civil	RG - Identidade	Data Expedição	Órgão expedidor
Data de Nascimento ___ / ___ / _____	Sexo ( ) Masculino ( ) Feminino	Parentesco (caso seja o Titular, favor não preencher) <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho (a) <input type="checkbox"/> Enteado (a) <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe	
Nome da Mãe:			Forma de pagamento:
Modalidade:	Administradora:	Nº do contrato:	

Nome completo sem abreviaturas			CPF
Estado Civil	RG - Identidade	Data Expedição	Órgão expedidor
Data de Nascimento ___ / ___ / _____	Sexo ( ) Masculino ( ) Feminino	Parentesco (caso seja o Titular, favor não preencher) <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho (a) <input type="checkbox"/> Enteado (a) <input type="checkbox"/> Convivente <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe	
Nome da Mãe:			Forma de pagamento:
Modalidade:	Administradora:	Nº do contrato:	

Endereço do titular		Número
Bairro	Cidade	CEP
E-mail		
Telefone de casa ( )	Telefone Celular ( )	Telefone do local de trabalho ( )

Declaro que estou ciente e concordo que as informações fornecidas neste formulário sejam coletadas, armazenadas, utilizadas e, quando necessário, compartilhadas pela ASCEFET exclusivamente para a execução de finalidades administrativas e estatutárias, conforme previsto no Estatuto Social e na legislação aplicável. A ASCEFET se compromete a tratar os dados em conformidade com os princípios da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018), garantindo a confidencialidade, a integridade e a proteção contra acessos não autorizados ou situações de uso indevido.

Local \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_