Associação dos Aposentados e Funcionários do Banco do Brasil

AAFBB
Odonto-SulAmérica

Proposta de Adesão ao AAFBB ODONTO - Plano Odontológico

Cobertura: • **Diagnóstico**: Consulta; Diagnóstico de Trismo e Laboratorial; Exame Admissional e Contagem microbiológica. • **Radiologia**: Antero-posterior; Póstero-anterior e Loc. Radiográfica. • **Odontopediatria**. • **Dentística**. • Periodontia: Manutenção Periodontal e Sepultamento radicular. • **Cirurgia**: Cementona; Fibroma; Curetagem Apical; Exodontia incluso: Retirada corpo estranho região Buco-Maxilar-Facial; Tracionamento raiz; Marsupiação de cisto. • Endodontia: Clareamento dente desvitalizado; Mumificação Pulpar. Disfunção Temporomandicular.

DADOS PESSOAIS DO ASSOCIADO - Preenchimento em letra de forma - (* Campos Obrigatórios)

Titular:*

Mãe do Titular:*

Matrícula:* C/DV

Ag. do BB: C/DV*

Nº da Conta:* C/DV*

** Sócio Família e Sócio Comunitário: não preencher*

Nasc:*

Sexo:*

CPF:*

Estado Civil:

Endereço:*

Complemento:

Bairro:*

Cidade:*

UF:*

CEP:*

E-mail:

Tel.:*

Cel.:

Pessoas indicadas

Dependentes até o 3º Grau					
Nome completo Nome da mãe do dependente	Data Nasc.	Parentesco	Estado Civil	CPF
Nome completo Nome da mãe do dependente	Data Nasc.	Parentesco	Estado Civil	CPF
Nome completo Nome da mãe do dependente	Data Nasc.	Parentesco	Estado Civil	CPF
Nome completo Nome da mãe do dependente	Data Nasc.	Parentesco	Estado Civil	CPF

As informações prestadas pelos associados são confidenciais e somente poderão ser utilizadas para a finalidade prevista no convênio, não podendo ser divulgadas a terceiros.

◯ Assumo inteira responsabilidade pelos dados acima, e autorizo o débito em minha conta-corrente no Banco do Brasil, da importância referente à minha participação e das pessoas por mim indicadas, cujas inclusões ou exclusões são de minha inteira responsabilidade.

A efetivação desta adesão se dará a partir do dia 1° do mês subsequente ao primeiro débito na minha conta-corrente. A falta de pagamento, por qualquer motivo, implicará no cancelamento do serviço ao associado e a todos os seus indicados.

Local e data: _____, ____ de _____ de _____

_____
Assinatura do Associado