



MARKIODONTO
A marca do seu sorriso

MARKIODONTO
PABX: (0xx11) 5522-2581
marki@markionline.com.br
www.markionline.com.br

Ficha de Cadastro
Individual
Plano Odontológico

Adesão ao contrato

R\$16,60
Mensal/pessoa

ATENÇÃO: É obrigatório o preenchimento TOTAL da Ficha Cadastral com letra de forma e sem abreviações. Fichas faltando dados não serão aceitas.

Dados cadastrais do Usuário Titular

Empresa

Nº Matrícula Funcional Sexo M F

Nome

RG/ Órgão Emissor CPF

Estado Civil Casado(a) Solteiro(a) Divorciado(a) Viúvo(a) Data de nascimento / /

Nome da mãe:

Tel. Residencial Tel. Comercial Tel. Celular

Endereço Número

Complemento Bairro

Cidade UF CEP Residencial

Dados cadastrais dos Dependentes

Nome Data de nascimento / /

CPF Estado Civil Casado(a) Solteiro(a) Divorciado(a) Viúvo(a)

RG Grau de parentesco Cônjuge Companheiro(a) Filhos Outros

Sexo M F Nome da Mãe

Nome Data de nascimento / /

CPF Estado Civil Casado(a) Solteiro(a) Divorciado(a) Viúvo(a)

RG Grau de parentesco Cônjuge Companheiro(a) Filhos Outros

Sexo M F Nome da Mãe

Nome Data de nascimento / /

CPF Estado Civil Casado(a) Solteiro(a) Divorciado(a) Viúvo(a)

RG Grau de parentesco Cônjuge Companheiro(a) Filhos Outros

Sexo M F Nome da Mãe

Nome Data de nascimento / /

CPF Estado Civil Casado(a) Solteiro(a) Divorciado(a) Viúvo(a)

RG Grau de parentesco Cônjuge Companheiro(a) Filhos Outros

Sexo M F Nome da Mãe

Dados cadastrais dos Agregados

Nome

Data de Nascimento / / CPF RG Sexo M F

Grau de parentesco Pai/Mãe Sogro/Sogra Neto/Neta

Nome da Mãe

Nome

Data de Nascimento / / CPF RG Sexo M F

Grau de parentesco Pai/Mãe Sogro/Sogra Neto/Neta

Nome da Mãe

- Solicito minha adesão como participante do Plano de Assistência Odontológica firmado com a Marki Assistência Odontológica LTDA. Conseqüentemente, autorizo os seguintes descontos em folha: contribuição mensal do titular e respectivos dependentes/agregados, pelo direito de uso do plano Odontológico MARKIODONTO, de acordo com os valores vigentes no contrato.
- Permanência mínima de 12 meses no plano.
- A inclusão de beneficiários agregados implica na contribuição integral, pelo titular, da mensalidade do plano escolhido.

Local: _____ Data ____ / ____ / ____.

Assinatura do Titular _____

Atendimento ao cliente 0800 - 770 - 3771

Atenção: Para adesão ao plano odontológico é necessário que a ficha de cadastro seja enviada para Av. Adolfo Pinheiro, 1000- Cj 83 - Santo Amaro - São Paulo/SP - CEP 04734-002.

ANS Nº 40.794-1