



Cadastro de Adesão e Termo de Convênio Ascorsan

Cláusula III.24. Acordo Coletivo 2013/2014 - Incentivo para o Plano Odontológico

SócioAscorsan: [] Sim [] Não

Tipo Funcionário: [] Ativo [] Aposentado

Matrícula:				Participante da Fundação: [] Sim - [] Não
Nome:				
Nome e N°US:			Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Endereço US:			CEP:	
Endereço Res:			CEP:	
Cidade:			RG:	
CPF:			Órg. Emissor	
Telefone::			Celular	
E-mail:			Data Nasc	/ /
Estado Civil:			Adm Corsan	/ /
Banco:	Nº	Nome:	Agência:	Conta:
Filiação:	Pai:			
	Mãe:			

Pelo presente, autorizo a CORSAN a realizar o repasse à ASCORSAN, da quantia por mim recebida em folha de pagamento a título de benefício de Plano Odontológico.

COBERTURAS - PLANO DELTA NACIONAL

- Urgências e Emergências;
- Consultas;
- Odontopediatria;
- Radiologia (inclusive Panorâmica);
- Prevenção (limpeza, aplicação de flúor);
- Cirurgia (extração de dentes);
- Dentística (restaurações);
- Endodontia (tratamento de canal);
- Periodontia (tratamento da gengiva);
- Prótese (cobertura para todos os procedimentos de prótese, exceto próteses sobre implantes);
- Instalação de aparelho ortodôntico;
- Documentação Ortodôntica;
- Ortodontia (taxa de manutenção mensal).

Salientamos que o período de permanência mínimo no plano é de 12 meses, a contar da data de cadastro no sistema da Caixa Seguradora Odonto, sendo extensiva aos dependentes e agregados.

OBS: Obrigatório o envio da cópia do RG/CPF ou CNH e comprovante de residência, juntamente com a ficha de cadastro devidamente preenchida.

Cidade _____

Data / / 20 _____

Assinatura _____



Cadastro de Adesão e Termo de Convênio Ascorsan

Cláusula III.24. Acordo Coletivo 2013/2014 - Incentivo para o Plano Odontológico

SócioAscorsan: [] Sim [] Não

Tipo Funcionário: [] Ativo [] Aposentado

Matrícula:	Participante da Fundação: [] Sim - [] Não		
Nome:			
Nome e N°US:		Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

DEPENDENTES

Nome:		Data Nasc.	/ /
CPF:		Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da mãe:		Parentesco:*	
End. Res:		Estado Civil:	
Nome:		Data Nasc.	/ /
CPF:		Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da mãe:		Parentesco:*	
End. Res:		Estado Civil:	
Nome:		Data Nasc.	/ /
CPF:		Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da mãe:		Parentesco:*	
End. Res:		Estado Civil:	

AGREGADOS

Nome:		Data Nasc.	/ /
CPF:		Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da mãe:		Parentesco:*	
End. Res:		Estado Civil:	
Nome:		Data Nasc.	/ /
CPF:		Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da mãe:		Parentesco:*	
End. Res:		Estado Civil:	

*Códigos Grau de Parentesco de Dependentes (01 à 11) e Agregados (de 12 à 19):

01 – Conjuge	06 – Enteadado(a) menor, até 21 anos	11 – Tutelado(a) inválido	16 – Sobrinhos
02 – Companheiro(a)	07 – Enteadado(a) universitário(a) até 24 anos	12 – Pais	17 – Netos/Bisnetos
03 – Filho(a) menor, até 21 anos	08 – Enteadado(a) inválido(a)	13 – Padrastrô/Madrasta	18 – Avôs/Bisavôs
04 – Filho(a) universitário(a) até 24 anos	09 – Tutelado(a) menor, até 21 anos	14 – Irmãos	19 – Outros
05 – Filho(a) inválido(a)	10 – Tutelado(a) universitário (a) até 24 anos	15 – Tios	

AUTORIZAÇÃO PARA INSCRIÇÃO COMO ASSOCIADO DA CORSAN

Considerando que a inclusão de dependentes e agregados ao Plano Odontológico pressupõe a inscrição como associado da ASCORSAN, caso ainda não seja, autorizo a minha inscrição com o desconto em folha da mensalidade a partir do próximo salário.

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA

Pelo presente, autorizo Corsan a descontar do meu salário, em minha folha de pagamento, a importância relativa à ASCORSAN (mensalidade e débitos), bem como a importância mensal relativa à inclusão dos meus dependentes e agregados ao Plano Odontológico, conforme Acordo Coletivo 2013/2014, Capítulo II – Dos Descontos Salariais, Cláusula II.11, II.1.2 e, em especial, II.1.3.

Salientamos que o período de permanência mínimo no plano é de 12 meses, a contar da data de cadastro no sistema da Caixa Seguradora Odonto, sendo extensiva aos dependentes e agregados.

OBS: Obrigatório envio da cópia do RG/CPF ou CNH e comprovante de residência, juntamente com aficha de cadastro devidamente preenchida.

Cidade _____

Data ____/____/20____

Assinatura _____



Plano Odontológico

Completo e **GRATUITO** para funcionários da CORSAN



A **ASCORSAN** em parceria com a **Benet** e a **ODONTOEMPRESAS** oferece o melhor serviço odontológico do mercado.

O seguro poderá ser contratado por funcionários ativos ou aposentados vinculados à Fundação CORSAN - FUNCORSAN.

Os **dependentes e agregados** dos funcionários também poderão aderir ao plano, pelo mesmo valor de **R\$ 37,87** (por pessoa), contando com a comodidade do desconto direto no contra cheque do funcionário.

Para adesão dos dependentes e agregados, preencha a ficha no verso e envie junto com a ficha do funcionário.

Carência de 60(sessenta) dias para todo e qualquer atendimento, exceto urgências e emergências.

Faça já sua adesão, preencha as fichas cadastrais (funcionários, dependentes e agregados). Deposite nos correios ou envie através das unidades da CORSAN, via malote.

Conheça as coberturas de seu seguro odontológico:

- Urgências e Emergências;
- Consultas;
- Odontopediatria;
- Radiologia (inclusive panorâmica);
- Prevenção (limpeza, aplicação de flúor);
- Cirurgia (extração de dentes);
- Dentística (restaurações);
- Endodontia (tratamento de canal);
- Periodontia (tratamento da gengiva);
- Documentação ortodôntica;
- Prótese (cobertura para todos os procedimentos de prótese, exceto próteses sobre implantes);
- Ortodontia (taxa de manutenção mensal);
- Benefício Adicional — instalação de aparelho ortodôntico.

Nossa assessoria está à sua disposição para dúvidas e esclarecimentos nos fones abaixo:



Serviço de atendimento Benet (SAB)
(51) **9 9908-8475**