

Para iniciar seu tratamento odontológico através da **INTERODONTO**, preencha e assine o cadastro abaixo e entregue-o a USCEESP –Dep. Social.  
\* Todos os campos são de preenchimento obrigatório

Nº da Matrícula		Lotação			
Nome Completo		CPF		RG	
Nome da Mãe do Titular					
Endereço			Numero	Complemento	
Cidade		Bairro		UF	CEP
Data de nascimento	Tel. residencial	Celular	E-mail		
Agência		Conta Corrente		PIS/Pasep	
<input type="checkbox"/> Sócio Efetivo	<input type="checkbox"/> Sócio Recreativo	<input type="checkbox"/> Débito em Conta	<input type="checkbox"/> Boletão Bancário	<input type="checkbox"/> Vencimento dia 10	<input type="checkbox"/> Vencimento dia 25

## Dados dos Dependentes: cônjuge, filhos solteiros, pai, mãe, sogro, sogra e dependentes legais

1. Nome Completo (completo e sem abreviações)		Nome da Mãe (completo e sem abreviações)			
Grau de Parentesco		RG	CPF/CIC	Data de Nascimento	
2. Nome Completo (completo e sem abreviações)		Nome da Mãe (completo e sem abreviações)			
Grau de Parentesco		RG	CPF/CIC	Data de Nascimento	
3. Nome Completo (completo e sem abreviações)		Nome da Mãe (completo e sem abreviações)			
Grau de Parentesco		RG	CPF/CIC	Data de Nascimento	

## Dados do Plano Contratado

Sirvo-me da presente para Autorizar a Empresa a proceder ao desconto do (s) valor (es) devido (s) para minha inclusão, bem como de meus (s) Dependente (s) identificados no termo de Adesão, no Plano Odontológico operacionalizado pela Interodonto Sistema de Saúde Odontológico - USCEESP, com sede em São Paulo, Capital, na Av. Paulista, 1106 - 9º andar – Bela Vista, inscrita no CNPJ/MF sob n.º , e na ANS sob n.º 317501.

De outra parte, declaro, para todos os fins de direito, estar ciente e de acordo com as seguintes normas para utilização do Plano Odontológico, além daquelas constante no Manual do Associado, às quais me obrigo, por mim e por meus Dependentes. Contrato na íntegra no site da Usceesp ([www.usceesp.org.br](http://www.usceesp.org.br)).

### PLANO PREMIUM PLUS

- Os Associados Dependentes devem, obrigatoriamente, estar inscritos no mesmo tipo de Plano Odontológico por mim optado;
- Havendo a possibilidade, conforme determinação da Empresa, de alteração de apenas cobertura. Qualquer solicitação nesse sentido será estendida, necessariamente, para todo meu grupo familiar;
- Para a aceitação, pela Empresa, de meu pedido de exclusão do Plano Odontológico: no Plano Integral, 12 meses após a última utilização. A exclusão também poderá ocorrer a qualquer momento, desde que não tenha havido utilização. Após a exclusão, não será permitido o retorno. Em caso de desligamento da USCEESP, a exclusão será automática.
- Uma vez solicitada a exclusão, nem o titular, nem quaisquer dependentes poderão retornar ao plano;
- O valor da Mensalidade Individual será reajustado na forma e nas condições determinadas no Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Plano Odontológico, celebrado entre a USCEESP e a INTERODONTO;
- Perante a USCEESP e perante terceiros, sou o (a) único (a) responsável pela utilização do Plano Odontológico ora adquirido, respondendo integralmente pelos atos por mim ou por qualquer de meus Dependentes;
- Em caso de dúvidas sobre o Plano odontológico, devei entrar em contato com a USCEESP (11) 3291-7777 ou INTERODONTO 0800 168900;
- Autorizo o debito em minha conta corrente ou boleto bancário referente à mensalidade odontológica.

Declaro que tomei conhecimento das Condições Gerais e Particulares do Contrato de Prestação de Serviços Odontológicos que a USCEESP assinou com A INTERODONTO e estou de acordo.

**PLANO PREMIUM PLUS - ANS Nº 447.353/031**

**Valor do Associado**

**R\$ 17,90**

**Valor do Dependente**

**R\$ 17,90**

de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local e Data

Assinatura do Titular