Preencha este formulário e faça sua adesão diretamente na CAEFE

Formas de envio: Correios, e-mail ou pessoal na CAEFE

CAEFE

PLANO ODONTOLÓGICO

Empresa	Empresa Contratada
☐ Furnas ☐ Eletronuclear ☐ FRG	OdontoPrev

Nome do Titular	Matrícula/DV	Telefone de Contato

Relacione, abaixo, somente o(s) nome(s) a ser(em) incluído(s) ou excluidos(s), marcando com (x) a opção desejada.

Nome	Condição de dependencia	Inclusão (X)	Exclusão (X)

Solicito que seja(m) providenciada(s) a(s) inclusão(ões) ou exclusão(ões) em referência e autorizo a CAEFE a processar a(s) cobrança(s) através de débito em conta-corrente ou boleto bancário, conforme opção abaixo, autorizando o débito referente a tarifa bancária correspondente.

Forma de pagamento	Data	Assinatura
☐ Débito em Conta-corrente (somente Banco Real ou Bradesco) ☐ Boleto Bancário		

Reservado à CAEFE

☐ Deferido ☐ Indeferido	Data	Assinatura

Observações

Para inscrições até o dia 10 do mês vigente, a utilização será a partir do dia 10 do mês subsequente.