

Autorização de AVERBAÇÃO

ÓRGÃO:	<input type="text"/>	MATRÍCULA FUNCIONAL:	<input type="text"/>
NOME COMPLETO DO SERVIDOR:	<input type="text"/>		
CARGO:	<input type="text"/>	LOCAL DE TRABALHO:	<input type="text"/>
VALOR:	<input type="text"/>	VALOR POR EXTENSO:	<input type="text"/>

Autorizo o desconto do valor acima indicado dos meus vencimentos, a crédito da ORALE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA., referente à adesão no serviço de assistência odontológica prestado por esta empresa. Outrossim, autorizo, desde já, alterações nos valores descontados no caso de alteração na quantidade de dependentes/agregados inscritos sob minha responsabilidade, ou no caso de reajuste de mensalidade nas condições previstas em contrato.

Declaro ter conhecimento dos termos do contrato de assistência odontológica da Orale, aceitando-os sem restrições. Assumo a responsabilidade pelas informações preenchidas por mim, de forma livre e espontânea, bem como pelo pagamento dos valores estipulados, durante a vigência do contrato.

Local e Data

Assinatura do servidor

ANS nº: 41299-6

ORALE PLANOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA. AV. ANITA GARIBALDI, 1133, S.1204, ONDINA, SALVADOR/BA. | 0800 603 8002 | ORALE.COM.BR