



Contratação de Plano Odontológico

Dados da proposta: 98417812

Plano contratado

Nome: Dental E30

Data/hora da contratação: 25/07/2019 18:02:00

Vigência: 25/07/2019 18:02:00

Versão do contrato: PF1182WPT

Informações do corretor

Corretor: -

Corretora: -

Gerente: -

Informações do titular

Nome Completo: test amil pf

CPF: 089.942.860-63

RG:

Data de nascimento: 1990-06-06

Sexo: Masculino

Estado civil: DIVORCIADO

Nome mãe: test amil janeiro

e-mail: amil666@gmail.com

Telefone: 76-4436-9007

Celular: 78-87553-3226

Endereço de correspondência

CEP: 03729-210

Logradouro: R PONTA PORA

Número: 312

Complemento:

Bairro: JARDIM DANFER

Cidade: Sao Paulo

Estado: SP

Endereço de cobrança

CEP: 03729-210

Logradouro: R PONTA PORA

Número: 312

Complemento:

Bairro: JARDIM DANFER

Cidade: Sao Paulo

Estado: SP

Informações do Responsável Financeiro

Nome Completo:

CPF:

Data de nascimento:

Sexo:

Estado civil:

e-mail:

Grau de Parentesco:

Informações dos dependentes

Forma de Pagamento

No boleto: em 12 x de R\$ 115,00

Aviso Importante:

O pagamento desta primeira mensalidade/parcela por boleto ou por cartão de crédito implica na aceitação dos termos e condições do contrato e que não houve qualquer dúvida a respeito do seu teor, bem como na ratificação de todas as informações constantes no instrumento de confirmação deste cadastro online. Considerar-se-á para início do prazo de vigência e coberturas contratuais a data do efetivo pagamento desta primeira mensalidade/parcela, e desde que não haja estorno, que incorra na não aceitação do contrato.

IMPORTANTE: o presente contrato terá duração mínima de 12 (doze) meses e sua renovação será automática, conforme nele previsto.
