

Dados da Empregadora Contratante

Razão Social:	
Unidade:	Cód. Empresa:

Dados do Plano Contratado

<input type="checkbox"/> INTEGRAL PME	R\$ _____
<input type="checkbox"/> MASTER PME	CONTRIBUIÇÃO MENSAL

N.º Cartão ODONTOPREV

Para inclusão de Dependente, informe o número da carteirinha do TITULAR.
N.º _____

Dados do Beneficiário Titular (Importante: os nomes devem ser inseridos por completo, sem abreviações).

Nome completo:			Data Nasc.:		
Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Nome Completo da Mãe:				
End. Res.:			Complemento:		
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:		
Estado Civil:	CPF/MF:	RG:	Órgão Emissor:		
Cargo:	Departamento:	N.º da Matrícula:			
Telefone Res.:	Telefone Com.:	Celular:			
PIS:	E-mail:				

Dados dos Demais Beneficiários Vinculados (Importante: somente para menores de 18 anos, será aceita a eventual indicação do RG/CPF do titular).

1. Nome Completo	Data de Nasc.	GP*	EC	Tipo	CPF	Sexo
Nome da Mãe	/ /			<input type="checkbox"/> Dep. <input type="checkbox"/> Agreg.	RG	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
2. Nome Completo	Data de Nasc.	GP*	EC	Tipo	CPF	Sexo
Nome da Mãe	/ /			<input type="checkbox"/> Dep. <input type="checkbox"/> Agreg.	RG	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
3. Nome Completo	Data de Nasc.	GP*	EC	Tipo	CPF	Sexo
Nome da Mãe	/ /			<input type="checkbox"/> Dep. <input type="checkbox"/> Agreg.	RG	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
4. Nome Completo	Data de Nasc.	GP*	EC	Tipo	CPF	Sexo
Nome da Mãe	/ /			<input type="checkbox"/> Dep. <input type="checkbox"/> Agreg.	RG	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

LEGENDA DE GRAU DE PARENTESCO (GP) (1) pai / mãe (2) cônjuge (3) filho / filha (4) outros

LEGENDA DE ESTADO CIVIL (EC) (1) solteiro (2) casado (3) viúvo (4) separado (5) divorciado

*Verifique antecipadamente no material informativo do programa odontológico de sua empresa, as possibilidades permitidas para os demais beneficiários.

Sirvo-me da presente para AUTORIZAR a Empregadora a proceder o desconto do(s) valor(es) devido(s) para minha inclusão, bem como de meu(s) Dependente(s) e/ou Agregados no verso identificados, no Plano Odontológico operacionalizado pela ODONTOPREV S.A., empresa com sede no Município de Barueri, Estado de São Paulo, na Avenida Marcos Penteado de Ulhôa Rodrigues, nº 939, 14º andar – Tamboré - CEP 06460-040, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 58.119.199/0001-51 e na ANS sob o nº 30.194-9. De outra parte, declaro, para todos os fins de direito, estar ciente e de acordo com as seguintes normas de utilização do Plano Odontológico, além daquelas constantes no Material Informativo do Programa Odontológico, às quais me obrigo, por mim e por meus Dependentes e/ou Agregados.

- Os Beneficiários Dependentes e/ou Agregados devem, obrigatoriamente, estar inscritos no mesmo tipo de Plano por mim optado;
- Havendo a possibilidade, conforme determinação da Empregadora, de alteração de Plano de Benefícios para outro que ofereça maior ou menor número de eventos cobertos, quaisquer solicitações nesse sentido serão estendidas, necessariamente, para todo o meu grupo familiar;
- Para aceitação, pela Empregadora, de meu pedido de alteração do Plano Odontológico vigente que tenha maior número de eventos cobertos para outro que tenha menor número de eventos cobertos, deverei ter permanecido por um período de 12 (doze) meses da data da minha inclusão, ou de qualquer de meus Dependentes e/ou Agregados, no Plano Odontológico;
- Caso a minha exclusão e/ou de meus Dependentes e/ou Agregados, seja realizada dentro do período de 12 (doze) meses, contados da data da minha inclusão e/ou de meus Dependentes e/ou Agregados, no Plano de Benefícios, considerados individualmente, a Empregadora poderá, a título de cláusula penal, cobrar-me o correspondente ao valor da taxa mensal *per capita* (por Beneficiário), vigente à época da exclusão, multiplicada por 6 (seis), considerando-se cada um dos excluídos. Caso, no futuro, eu venha a ter interesse na minha inclusão e/ou de meus Dependentes e/ou Agregados, no mesmo Plano de Benefícios, ou em outro, poderei fazê-lo a qualquer tempo, mediante anuência da ODONTOPREV S.A. e o cumprimento de novo período de carência;
- O valor da Taxa Mensal Individual será reajustado na forma e nas condições determinadas no Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde - Plano Odontológico, celebrado entre a Empregadora e a ODONTOPREV S.A.;
- Perante a Empregadora e perante terceiros, sou o(a) único(a) responsável pela correta utilização do Plano Odontológico ora adquirido, respondendo integralmente pelos atos praticados por mim e por qualquer de meus Dependentes e/ou Agregados;
- Declaro ter recebido, previamente à assinatura do presente Termo, o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde – MPS;
- Em caso de dúvidas, deverei entrar em contato com a ODONTOPREV S.A., por meio da Central de Atendimento e Relacionamento: 0800-702.9000;
- Havendo rasuras e/ou preenchimento incompleto deste termo, a presente solicitação será considerada nula e sem efeito.

Sem mais, subscrevo-me,

, _____ de _____ de _____ .

ANS - nº 41941-9

Assinatura do(a) Beneficiário(a) Titular