

FORMULÁRIO DE ADESÃO

CONTRATO DE OPERAÇÃO DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

PLANO COLETIVO

CLASSIFICAÇÃO DA OPERADORA NA ANS: ODONTOLOGIA DE GRUPO

ODONTOPREV S.A

CNPJ 58.119.199/0014-76



ANS - nº 30194-9

Nova adesão: beneficiário titular beneficiário titular e dependente(s)Alteração de cadastro: inclusão de beneficiário(s) dependente(s)

Nome do Representante _____ Data ____/____/____

1. DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

Nome Completo:

CPF:	RG:	Órgão Emissor	Data de Nascimento	Sexo
Nome completo da mãe				Estado Civil
Nº matrícula	Empresa	Unidade	CNPJ	
Endereço Residencial				Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
Cód. Do Município	Telefone Res. ()	Celular ()		
E-mail				

2. BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S)

1. Nome Completo	CPF	Data de Nascimento
Nome da mãe do dependente	Parentesco	Sexo
2. Nome Completo	CPF	Data de Nascimento
Nome da mãe do dependente	Parentesco	Sexo
3. Nome Completo	CPF	Data de Nascimento
Nome da mãe do dependente	Parentesco	Sexo
4. Nome Completo	CPF	Data de Nascimento
Nome da mãe do dependente	Parentesco	Sexo

3. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Como signatário do presente instrumento, no qual figuro como beneficiário titular, autorizo que seja descontado mensalmente do meu salário, a contar da assinatura do presente formulário, o valor de R\$ _____, ____, por beneficiário para pagamento das contraprestações mensais do plano odontológico aderido, em benefício próprio e/ou para o(s) meu(s) beneficiário(s) dependente(s), durante o integral período que estiver em vigor o Contrato de Operação de Planos Privado de Assistência Odontológica firmado entre a OdontoPrev e a entidade que possui vínculo, vigência esta que poderá ser renovada sucessivas vezes.

Declaro serem verdadeiros e corretos todos os dados por mim inseridos no presente Formulário de Adesão e as demais informações prestadas à operadora para os fins da execução do Contrato.

Declaro ter recebido, previamente à assinatura da presente proposta de adesão, o Manual de Orientação para a Contratação de Plano de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC, estando os referidos documentos também disponíveis no site www.odontosystem.com.br.

Assinatura do Titular_____
Assinatura do RH do Contratante

