

ADESÃO AO PLANO ODONTOLÓGICO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO



DADOS DA CONTRATANTE

Contratante	Contrato
-------------	----------

DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nome Completo			Data de Nascimento	
			/ /	
CPF	RG	Estado Civil	Sexo	
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Data de Inclusão	Data de Admissão	Matrícula	PIS/PASEP	CNS (Carteira Nacional de Saúde)
/ /	/ /			
Endereço Residencial				
Bairro		CEP	Cidade	Estado
Nome da Mãe				
Telefone	Celular	SMS	E-mail	
()	()	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		

Plano contratado*
 Adesão Pleno Sem Reembolso Sem Coparticipação - Reg. ANS 470.865/14-2

DADOS DOS DEPENDENTES / AGREGADOS

02 ESPOSA(O) | 03 FILHO(A) | 04 AGREGADO | 05 MÃE | 06 COMPANHEIRO(A) | 07 GENRO / NORA | 08 AVÓ / AVÓ | 09 NETO(A) | 10 SOGRO(A) | 11 SOBRINHO(A) | 13 PAI | 14 ENTEADO(A) | 15 EX-CÔNJUGE | 16 TUTELADO | 17 FILHO(A) UNIVERSITÁRIO(A) | 18 IRMÃO(A) | 19 FILHO(A) INVÁLIDO(A) | 20 CURATELA

Nome do Dependente	CPF	
1		
Nome da Mãe	Data de nascimento	Sexo
	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
RG	CNS (Carteira Nacional de Saúde)	Parentesco
2		
Nome da Mãe	Data de nascimento	Sexo
	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
RG	CNS (Carteira Nacional de Saúde)	Parentesco
3		
Nome da Mãe	Data de nascimento	Sexo
	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
RG	CNS (Carteira Nacional de Saúde)	Parentesco
4		
Nome da Mãe	Data de nascimento	Sexo
	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
RG	CNS (Carteira Nacional de Saúde)	Parentesco

Sirvo-me da presente para AUTORIZAR a CONTRATANTE, ou a ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS, quando houver, a proceder a cobrança do(s) valor(es) devido(s) para minha adesão/inclusão e mensalidades, bem como de meu(s) dependente(s) e/ou agregado(s) acima identificados, além de eventuais valores relativos à coparticipação/franquia, no Plano Odontológico operacionalizado pela UNIMED SAÚDE E ODONTO S.A., operadora de planos privados de assistência odontológica com sede na Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346 – 4º andar - Cerqueira César - São Paulo/SP - CEP 01410-000, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 10.414.182/0001-09, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - sob o n.º 41.680-1. De outra parte, declaro para todos os fins de direito, estar ciente e de acordo com as seguintes normas para utilização do Plano Odontológico, além daquelas constantes no Contrato, às quais me obrigo, por mim e por meus Dependentes e/ou Agregados.

- Os beneficiários Dependentes e os Agregados devem, obrigatoriamente, estar inscritos no mesmo Plano Odontológico por mim optado.
- Havendo a possibilidade, conforme determinação da CONTRATANTE, de alteração de Plano Odontológico para outro que ofereça maior ou menor número de eventos cobertos, quaisquer solicitações nesse sentido serão estendidas, necessariamente, para todo o meu grupo familiar.
- O valor da mensalidade individual será reajustado na forma e nas condições determinadas no Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde – Plano Odontológico, celebrado entre a CONTRATANTE e a UNIMED ODONTO.
- Declaro, perante a CONTRATANTE e perante terceiros, que sou o(a) único(a) responsável pela correta utilização do Plano Odontológico ora adquirido, respondendo integralmente pelos atos por mim ou por qualquer de meus Dependentes e/ou Agregados.
- Declaro, para todos os fins, estar ciente e concordo com relação às cláusulas e regras relativas aos mecanismos de regulação financeira (coparticipação/franquia) de acordo com o Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde – Plano Odontológico, celebrado entre a CONTRATANTE e a UNIMED ODONTO conforme opção de plano.
- Em caso de dúvidas sobre o Plano Odontológico estou ciente que deverei entrar em contato com a UNIMED ODONTO.
- Para a aceitação, pela CONTRATANTE, de meu pedido de Exclusão do Plano Odontológico, deverei ter permanecido por um período mínimo de 12 (doze) meses, juntamente com o meu grupo familiar no Plano Odontológico escolhido, considerando-se cada um dos integrantes de meu grupo familiar. Estou ciente que ao solicitar o cancelamento antes de 12 (doze) meses será cobrado pela CONTRATANTE, ou a ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS, quando houver, o valor equivalente a multa de 100% (cem por cento) das mensalidades devidas até completar o período, podendo ainda ser exigido o complemento do valor caso o prejuízo suportado na utilização seja superior ao valor da multa.
- Estou ciente que haverá renovação automática de minha adesão, por período igual, se não houver manifestação das partes por escrito e em sentido contrário em até 30 (trinta) dias antes de seu vencimento.

*o valor do plano deverá ser preenchido de acordo com os valores constantes no contrato celebrado a UNIMED ODONTO e a CONTRATANTE, e eventuais atualizações.

Sem mais, subscrevo-me.

, de de .

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR