

FICHA DE ADESÃO - PLANO ODONTOLÓGICO

PLANO COLETIVO

EMPRESA OU ENTIDADE: _____

DADOS DO ASSOCIADO (NÃO ABREVIAR)

NOME COMPLETO DO TITULAR: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ CPF: _____ SEXO: ☐ M ☐ FESTADO CIVIL: ☐ CASADO(A) ☐ SOLTEIRO(A) ☐ DIVORCIADO(A) ☐ VIÚVO(A) ☐ UNIÃO ESTÁVEL ☐ SEPARADO(A)

ENDEREÇO COMPLETO: _____

CIDADE: _____ UF: _____

E-MAIL: _____

TELEFONE 1: _____ TELEFONE 2: _____

NOME COMPLETO DA MÃE: _____

DEPENDENTES (NÃO ABREVIAR)

NOME COMPLETO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ CPF: _____ SEXO: ☐ M ☐ FPARENTESCO: ☐ FILHO(A) ☐ CÔNJUGE ☐ OUTRO: _____

NOME COMPLETO DA MÃE: _____

NOME COMPLETO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ CPF: _____ SEXO: ☐ M ☐ FPARENTESCO: ☐ FILHO(A) ☐ CÔNJUGE ☐ OUTRO: _____

NOME COMPLETO DA MÃE: _____

NOME COMPLETO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ CPF: _____ SEXO: ☐ M ☐ FPARENTESCO: ☐ FILHO(A) ☐ CÔNJUGE ☐ OUTRO: _____

NOME COMPLETO DA MÃE: _____

NOME COMPLETO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ CPF: _____ SEXO: ☐ M ☐ F

PARENTESCO: ☐ FILHO(A) ☐ CÔNJUGE ☐ OUTRO: _____

NOME COMPLETO DA MÃE: _____

NOME COMPLETO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ CPF: _____ SEXO: ☐ M ☐ F

PARENTESCO: ☐ FILHO(A) ☐ CÔNJUGE ☐ OUTRO: _____

NOME COMPLETO DA MÃE: _____

TERMO DE ADESÃO AO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - PLANO ODONTOLÓGICO

Pelo presente instrumento, autorizo a Contratante _____ a efetivar minha adesão, bem como a de meus dependentes identificados, ao Plano Odontológico.

Declaro, para todos os fins de direito, que:

1. Estou ciente e de acordo com todas as normas de utilização do Plano Odontológico.
2. Declaro que tive acesso, por meio digital, ao Guia de Leitura Contratual e ao Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde, disponibilizados para consulta no site da operadora (via QR Code abaixo).
3. Os beneficiários dependentes deverão estar obrigatoriamente inscritos no mesmo tipo de Plano Odontológico por mim contratado.
4. Caso ocorra minha exclusão e/ou a de meus dependentes no prazo de até 12 (doze) meses contados da respectiva adesão (considerando cada beneficiário individualmente), a Contratante poderá cobrar, a título de cláusula penal, o valor correspondente ao custo assumido pela operadora Pro dental Brasil Assistência Odontológica para a realização dos procedimentos.
5. Sou o(a) único(a) responsável pela correta utilização do Plano Odontológico, respondendo integralmente pelos atos praticados por mim e por meus dependentes, perante a Contratante e terceiros.

Sem mais, firmo o presente.

_____, ____/____/____ Local e Data

_____, _____ Assinatura do Titular

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO

Eu _____, autorizo o desconto em minha folha de pagamento referente ao valor do Plano Odontológico, incluindo o meu (titular) e, se houver, o de meus dependentes.

Valor per capita: _____ Valor com dependentes: _____ Valor total: _____

Assinatura: _____



GUIA DE LEITURA CONTRATUAL



MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE