

# 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				Portabilidade de Carências	
				<input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º	
Bairro	CEP	Cidade	Estado		
	-				
Nome da Mãe					
Telefone	Celular	SMS	E-mail		
( )	( )	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			

Plano contratado (observar o nome comercial e o número de registro do produto perante a ANS conforme no contrato)

ESSENCIAL  ESSENCIAL PLUS  ESSENCIAL PLUS DOC  PLENO  PLENO ORTODONTIA  PLENO PLUS  PLENO PLUS DOC  PLENO TOP

### DADOS DOS DEPENDENTES / AGREGADOS

02 ESPOSA(O) | 03 FILHO(A) | 04 AGREGADO | 05 MÃE | 06 COMPANHEIRO(A) | 07 GENRO / NORA | 08 AVÔ / 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
		/ /
	RG	Sexo
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	CNS (Carteira Nacional de Saúde)	Parentesco
2	Nome do Dependente	CPF
	Nome da Mãe	Data de nascimento
		/ /
	RG	Sexo
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	CNS (Carteira Nacional de Saúde)	Parentesco
3	Nome do Dependente	CPF
	Nome da Mãe	Data de nascimento
		/ /
	RG	Sexo
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	CNS (Carteira Nacional de Saúde)	Parentesco
4	Nome do Dependente	CPF
	Nome da Mãe	Data de nascimento
		/ /
	RG	Sexo
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	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.
- Declaro que está ciente que em caso de portabilidade de carências a OPERADORA observará o prazo previsto na regulamentação vigente para aceitação e ou recusa da proposta, além dos requisitos, informações e documentos também previstos na regulamentação vigente para fins de aceitação da portabilidade ou cancelamento do plano de origem.
- 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.

Sem mais, subscrevo-me.

, de de .

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR