

Dados da Empregadora

Razão Social:	
Unidade:	Cód. Empresa:

Dados do Plano Contratado

Nome do Plano:
Valor Total Devido:

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.:	RG:	Órgão Emissor:	CPF:
Nome Completo da Mãe:			
End. Res.:		No:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	CEP:	UF:
Cargo	Departamento	Nº da matrícula:	
PIS:	DNV:	Estado Civil:	
Fone Comercial:	Celular:	Recebe e-mail: () Sim () Não	
E-mail:			

DNV - NÚMERO DE DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO - preenchimento opcional para beneficiários nascidos a partir de 1º de janeiro de 2010.

Dados dos Demais Beneficiários Vinculados (IMPORTANTE: os nomes devem ser inseridos sem abreviações; maiores de 18 anos, CPF obrigatório).

1. Nome Completo	Data de Nasc.	CPF	Parentesco	Sexo
Nome da mãe do dependente 1	/ /	DNV	() Cônjuge () Filho(a) () Agregado _____	() M () F
2. Nome Completo	Data de Nasc.	CPF	Parentesco	Sexo
Nome da mãe do dependente 2	/ /	DNV	() Cônjuge () Filho(a) () Agregado _____	() M () F
3. Nome Completo	Data de Nasc.	CPF	Parentesco	Sexo
Nome da mãe do dependente 3	/ /	DNV	() Cônjuge () Filho(a) () Agregado _____	() M () F
4. Nome Completo	Data de Nasc.	CPF	Parentesco	Sexo
Nome da mãe do dependente 4	/ /	DNV	() Cônjuge () Filho(a) () Agregado _____	() M () F

Termo de Opção para Inclusão no Plano Odontológico - Coletivo Empresarial

dez/14

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 Plano Odontológico operacionalizado pela OdontoPrev S.A., empresa com sede no Município de Barueri, Estado de São Paulo, na Av. Marcos Penteadado de Ulhôa Rodrigues, 939 - 14º andar - Edifício Jatobá - Torre II - Condomínio Castelo Branco Office Park - Tamboré, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 58.119.199/0001-51 e na ANS sob o nº 30194-9. 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 Odontológico 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 sobre o Plano Odontológico, deverei entrar em contato 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 _____.

Assinatura do(a) Beneficiário(a) Titular

ANS - nº 30194-9