

1. Nova adesão: titular usuário titular usuário e dependente titular não usuário e dependente

2. Alteração de cadastro: inclusão de dependente(s)

Nome do Representante _____ Data _____/_____/_____

Dados Pessoais do TITULAR**ANS - nº 33.458-8**

Nome do funcionário _____

Nº matrícula _____ CPF _____ - _____ RIC _____ Sexo M F

Órgão Emissor _____ Data de Nascimento _____/_____/_____ Estado Civil Casado Solteiro

Empresa _____ Viúvo Divorciado Outros

Unidade _____ CNPJ _____/_____-_____

Data de Vencimento _____/_____/_____ Declaração de Nasc. Vivo - A partir de Janeiro /2010 _____

PIS/PASEP ou NIT _____ Cartão Nacional de Saúde _____ - _____ - _____

Nome da Mãe _____

End. Residencial _____ Nº _____

Complemento _____ Bairro _____ CEP _____ - _____

Cidade _____ Cód. do Município _____ Estado _____ DDD _____ Fone _____ - _____

DDD _____ Celular _____ - _____ E-mail _____

Dependente(s)

Nome do beneficiário 1 _____

_____ CPF _____ - _____ Data de Nascimento _____/_____/_____

DDD _____ Fone _____ - _____ Parentesco _____

Nome da mãe do beneficiário 1 _____

Cartão Nac. de Saúde _____ - _____ - _____ Declaração de Nascido Vivo
A partir de Janeiro /2010 _____

Nome do beneficiário 2 _____

_____ CPF _____ - _____ Data de Nascimento _____/_____/_____

DDD _____ Fone _____ - _____ Parentesco _____

Nome da mãe do beneficiário 2 _____

Cartão Nac. de Saúde _____ - _____ - _____ Declaração de Nascido Vivo
A partir de Janeiro /2010 _____

Nome do beneficiário 3 _____

_____ CPF _____ - _____ Data de Nascimento _____/_____/_____

DDD _____ Fone _____ - _____ Parentesco _____

Nome da mãe do beneficiário 3 _____

Cartão Nac. de Saúde _____ - _____ - _____ Declaração de Nascido Vivo
A partir de Janeiro /2010 _____

Nome do beneficiário 4 _____

_____ CPF _____ - _____ Data de Nascimento _____/_____/_____

DDD _____ Fone _____ - _____ Parentesco _____

Nome da mãe do beneficiário 4 _____

Cartão Nac. de Saúde _____ - _____ - _____ Declaração de Nascido Vivo
A partir de Janeiro /2010 _____

Informações Complementares

Como signatário do presente instrumento, no qual figuro como TITULAR/Dependente, autorizo que seja descontado mensalmente do meu salário, a contar da assinatura do presente formulário, a quantia de R\$ _____, para pagamento das contribuições mensais decorrentes do plano odontológico aderido, em benefício próprio e/ou para o(s) meu(s) beneficiário(s) dependentes(s), durante o integral período de vigência do Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Odontológica firmado entre a ODONTO SYSTEM e a empresa CONTRATANTE em epígrafe, o qual poderá ser renovado por igual período em caso de silêncio das partes contratantes. Estou ciente que as condições de rescisão estão previstas na Cláusula 16 do mencionado instrumento e, que os reajustes das mensalidades ocorrerão em plena conformidade com a data base do contrato firmado junto à empresa CONTRATANTE.

Declaro que recebi no ato da preste adesão o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual - GLC na forma do artigo 24 da RN 195/2009, na mesma ocasião tomei ciência da disponibilização dos referidos documentos no site www.odontosystem.com.br.

Assinatura do Titular_____
Assinatura do Departamento Pessoal