

# ADESÃO AO PLANO ODONTOLÓGICO

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO



### DADOS DA EMPRESA CONTRATANTE

Contratante \_\_\_\_\_ Contrato \_\_\_\_\_

### DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nome Completo \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ Sexo  M  F

Data de Inclusão \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Data de Admissão \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Matrícula \_\_\_\_\_ PIS/PASEP \_\_\_\_\_

Endereço Residencial \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Nome da Mãe \_\_\_\_\_

CNS (Carteira Nacional de Saúde) \_\_\_\_\_ Lotação \_\_\_\_\_ Telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ SMS  S  N E-mail \_\_\_\_\_

Plano contratado  ESSENCIAL  ESSENCIAL PLUS  ESSENCIAL PLUS DOC  PLENO  PLENO ORTODONTIA  PLENO PLUS  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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo  M  F Parentesco \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ CNS (Carteira Nacional de Saúde) \_\_\_\_\_

Nome do Dependente \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

2 Nome da Mãe \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo  M  F Parentesco \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ CNS (Carteira Nacional de Saúde) \_\_\_\_\_

Nome do Dependente \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

3 Nome da Mãe \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo  M  F Parentesco \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ CNS (Carteira Nacional de Saúde) \_\_\_\_\_

Nome do Dependente \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

4 Nome da Mãe \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo  M  F Parentesco \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ CNS (Carteira Nacional de Saúde) \_\_\_\_\_

Sirvo-me da presente para AUTORIZAR a CONTRATANTE a proceder do desconto do(s) valor(es) devido(s) para minha inclusão, bem como de meu(s) dependente(s) e/ou agregado(s) acima identificados, no Plano Odontológico operacionalizado pela UNIMED 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 Empregadora, de alteração de Plano de Benefícios para outro que ofereça maior ou menor número de eventos cobertos, quaisquer solicitações nesse sentido será estendida, 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 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 por mim ou por qualquer de meus Dependentes e/ou Agregados.
- Em caso de dúvidas sobre o Plano Odontológico deverei entrar em contato com a UNIMED ODONTO S.A.
- 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 descontado em folha 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, por escrito, das partes em sentido contrário, até 30 (trinta) dias antes de seu vencimento.

Sem mais, subscrevo-me

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR

Unimed Odonto S.A. - CNPJ/MF 10.414.182/0001-09 - Registro ANS Nº 41.680-1  
Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346 - CEP: 01410-901 - São Paulo-SP  
Central de Relacionamento: 0800 9 428 428 | Atendimento Deficiente Auditivo: 0800 770 3611  
www.unimedodontos.com.br | Ouvidoria: acesse o site ou ligue 0800 001 2565  
Unimed Odonto CRO/SP nº 13666 | RT: Marcio Mitsuo Ohashi - CRO/SP nº 66050

ANS - Nº 41.680-1

0036JUL16V2