

Termo de Adesão - Plano Odontológico

INCLUSÃO

() Titular

() Dependentes

EMPRESA

Valor da mensalidade: R\$28,94 (por pessoa inscrita)

Titular:		CPF:		
Endereço:		Bairro:	CEP:	
Município/UF:	Tel:	Data de Nasc:	Sexo: () F () M	Nº Matrícula:
Nome da mãe		RG	PIS	

DEPENDENTES

Nome do dependente	RG:	CPF:
Nome da mãe do dependente	Data de Nasc:	Parentesco
Nome do dependente	RG:	CPF:
Nome da mãe do dependente	Data de Nasc:	Parentesco
Nome do dependente	RG:	CPF:
Nome da mãe do dependente	Data de Nasc:	Parentesco
Nome do dependente	RG:	CPF:
Nome da mãe do dependente	Data de Nasc:	Parentesco

Sirvo-me da presente para AUTORIZAR a Contratante a proceder minha adesão, bem como de meu(s) Dependente(s) no verso identificados, ao Plano Odontológico operacionalizado pela Rede Dental., empresa com sede no Município de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, na Rua Padre Rolim, 523 Santa Efigênia, inscrita no CNPJ/MF sob o nº38.743.266/0001/05 e na ANS sob o nº 41235-0. 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 Manual do Beneficiário, às quais me obrigo, por mim e por meus Dependentes.

- a) Os Beneficiários Dependentes devem, obrigatoriamente, estar inscritos no mesmo tipo de Plano Odontológico por mim optado.
- b) Havendo a possibilidade, conforme determinação da Contratante, 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.
- c) Para aceitação, pela Contratante, 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 adesão, ou de qualquer de meus Dependentes, ao Plano Odontológico.
- d) Caso a minha exclusão e/ou de meus Dependentes, seja realizada dentro do período de 12 (doze) meses, contados da data da minha adesão e/ou de meus Dependentes, ao Plano de Benefícios, considerados individualmente, a Contratante 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, no mesmo Plano de Benefícios, ou em outro, poderei fazê-lo a qualquer tempo, mediante anuência da Rede Dental S.A e o cumprimento de novo período de carência.
- e) 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 Contratante e a Rede Dental.
- f) Perante a Contratante 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.
- g) Declaro ter recebido, previamente à assinatura do presente Termo, o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde – MPS.
- h) Em caso de dúvidas sobre o Plano Odontológico, deverei entrar em contato com a Rede Dental por meio do Disque Rede Dental: 0800 702 9000.
- i) Havendo rasuras e/ou preenchimento incompleto do Quadro Preambular supra, a presente solicitação será considerada nula e sem efeito.

Sem mais, subscrevo-me,

Local e data

Assinatura