

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ADESÃO AO PLANO ODONTOLÓGICO



Dados da Empresa

Razão Social:

Dados do Associado Titular

Nome Completo:

Data Nasc.:

End. Res.:

CEP:

Cidade:

UF:

Tel. Res.:

Estado Civil:

RG:

CPF / MF:

Cargo:

Departamento:

Tel. Com.:

Nº da Matrícula:

Sexo: () F () M

Nome da Mãe:

SUS / PIS:

E-mail:

Dados do Associado Dependente (se os Dependentes não possuírem os documentos solicitados - CPF e RG, repetir os dados do Titular).

São considerados seus Dependentes: cônjuge ou companheiro(a), conforme legislação em vigor; a pessoa física economicamente dependente do ASSOCIADO TITULAR, conforme legislação do Imposto sobre a Renda; o filho, o enteado, tutelado e/ou o menor sob guarda judicial, solteiro, com até 24 (vinte e quatro) anos de idade e que esteja freqüentando curso superior, ou o inválido, assim considerado pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, de qualquer idade.

Nome completo / Nome da mãe	Parentesco	Sexo	Data Nasc.	CPF/MF	RG
	() Cônjuge () Filho () Filha	() M () F			
	() Cônjuge () Filho () Filha	() M () F			
	() Cônjuge () Filho () Filha	() M () F			
	() Cônjuge () Filho () Filha	() M () F			

DADOS DO PLANO CONTRATADO

Plano Integral LARD (nº ANS 401.863/98-0)

Carência: Não há Carência

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) identificados neste, no Plano Odontológico operacionalizado pela ODONTOPREV S.A., empresa com sede no Município de Barueri, Estado de São Paulo, na Alameda Tocantins, 125, 15º andar, Bairro Alphaville, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 58.119.199/0001-51, e na ANS sob o nº 30.194-9.

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 Manual do Associado, às quais me obrigo, por mim e por meus dependentes:

A) Meus associados dependentes devem, obrigatoriamente, estar inscritos no mesmo tipo de plano odontológico por mim optado.

B) caso a minha exclusão seja realizada dentro do período de 12 (doze) meses, contados da minha inscrição no Plano de Benefícios, a EMPRESA a qual sou vinculado (CONTRATANTE) poderá, a título de cláusula penal, cobrar-me o correspondente ao valor da taxa mensal per capita por mim devida, vigente à época da exclusão, multiplicada por 6 (seis). Caso, no futuro, eu venha a ter interesse na minha inclusão no mesmo plano de benefícios, ou em outro plano de benefícios, poderei fazê-lo a qualquer tempo, mediante o cumprimento de novo período de carência.

B.1.) caso a exclusão de meus Dependentes seja realizada dentro do período de 12 (doze) meses, contados da inscrição de meus Associados Dependentes no Plano de Benefícios, a EMPRESA a qual sou vinculado (CONTRATANTE), poderá cobrar-me, a título de cláusula penal, o correspondente ao valor da taxa mensal per capita devida por cada um de meus Associados Dependentes, vigente à época da exclusão, multiplicada por 6 (seis). Caso, no futuro, eu venha a ter interesse na inclusão de meus Associados Dependentes no mesmo plano de benefícios, ou em outro plano de benefícios, poderei fazê-lo a qualquer tempo, mediante o cumprimento por meus Associados Dependentes de novo período de carência.

C) O valor da taxa mensal 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.

D) Perante a Empregadora e perante terceiros, sou o(a) único(a) responsável pela correta utilização do Plano Odontológico ora adquirido, respondendo integralmente, civil e criminalmente, em casos de fraude e/ou simulação.

E) Tenho obrigação de devolver à Empregadora, a(s) carteira(s) do Plano Odontológico (e de meus dependentes) no ato da rescisão de meu contrato de trabalho ou do meu pedido de exclusão.

F) Em caso de dúvida sobre o Plano Odontológico, deverei entrar em contato diretamente com a ODONTOPREV S.A., através do telefone **0800 702 9000**.

G) Havendo rasuras e/ou preenchimento incompleto deste formulário, a presente solicitação será considerada nula e sem efeito.

Sem mais, subscrevo-me.

_____, ____ de _____ de 20____

Assinatura do Funcionário