

**BENEFICIÁRIO – TITULAR**

NOME DA EMPRESA / INSTITUIÇÃO		SETOR / ORGÃO		MATRÍCULA		
NOME COMPLETO						TITULAR <input type="checkbox"/>
						RESPONSÁVEL <input type="checkbox"/>
DATA DE NASCIMENTO	RG	CPF/MF	E-MAIL			
NOME DA MÃE						PLANO CONTRATADO <input type="checkbox"/> MAX <input type="checkbox"/> PLUS <input type="checkbox"/> GOLD
ENDEREÇO				Nº	BAIRRO	
CIDADE	UF	CEP	TELEFONE 01	TELEFONE 02		

**BENEFICIÁRIO - DEPENDENTE**

NOME DO DEPENDENTE 01		DATA DE NASCIMENTO	
NOME DA MÃE		CPF DEPENDENTE 01	PLANO CONTRATADO <input type="checkbox"/> MAX <input type="checkbox"/> PLUS <input type="checkbox"/> GOLD
NOME DO DEPENDENTE 02		DATA DE NASCIMENTO	
NOME DA MÃE		CPF DEPENDENTE 02	PLANO CONTRATADO <input type="checkbox"/> MAX <input type="checkbox"/> PLUS <input type="checkbox"/> GOLD
NOME DO DEPENDENTE 03		DATA DE NASCIMENTO	
NOME DA MÃE		CPF DEPENDENTE 03	PLANO CONTRATADO <input type="checkbox"/> MAX <input type="checkbox"/> PLUS <input type="checkbox"/> GOLD
NOME DO DEPENDENTE 04		DATA DE NASCIMENTO	
NOME DA MÃE		CPF DEPENDENTE 04	PLANO CONTRATADO <input type="checkbox"/> MAX <input type="checkbox"/> PLUS <input type="checkbox"/> GOLD
NOME DO DEPENDENTE 05		DATA DE NASCIMENTO	
NOME DA MÃE		CPF DEPENDENTE 05	PLANO CONTRATADO <input type="checkbox"/> MAX <input type="checkbox"/> PLUS <input type="checkbox"/> GOLD

CONTRATAÇÃO	NOME COMERCIAL	SEGMENTAÇÃO	Nº REGISTRO ANS
COLETIVO EMPRESARIAL	MAX ADESÃO	ODONTOLÓGICO	462.096/10-8
COLETIVO POR ADESÃO	MAX EMPRESARIAL	ODONTOLÓGICO	461.335/10-0
COLETIVO EMPRESARIAL	PLUS EMPRESARIAL	ODONTOLÓGICO	462.098/10-4
COLETIVO EMPRESARIAL	GOLD EMPRESARIAL	ODONTOLÓGICO	462.088/10-7

**A** (VALOR DO TITULAR) R\$  + **B** (VALOR TOTAL DOS DEPENDENTES) R\$  = **C** (VALOR MENSALIDADE) (A + B) R\$

1. Pelo presente, autorizo a EMPREGADORA proceder, mensalmente, o desconto na minha folha de pagamento e repasse ao PLANO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA FAUCHARD LTDA, do valor informado no Item "C" desta proposta de adesão, referente à inclusão e mensalidade do meu plano odontológico, bem como dos valores referentes aos dependentes por mim indicados nesta proposta.
2. Estou ciente, que a EMPREGADORA somente poderá solicitar ao CONTRATANTE minha exclusão do plano odontológico, bem como de qualquer um dos integrantes desta proposta, após o cumprimento do período mínimo de vigência estipulado contratualmente, contados a partir da data de minha adesão.
3. Declaro ainda, ter ciência dos termos contratuais, direitos, deveres e obrigações legais para correta utilização do plano odontológico escolhido por mim e por meus dependentes, como também que qualquer dúvida ou esclarecimento posso dirimir através do MANUAL DO BENEFICIÁRIO, entregue juntamente com o cartão de Identificação, ou ainda, diretamente pela Central de Atendimento ao Beneficiário ODONTO S.A, através do telefone (71) 3013-0300.

**DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO, QUE RECEBI DA ODONTO S.A, O MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE (MPS) E O GUIA DE LEITURA CONTRATUAL (GLC), OS QUAIS, LI INTEGRALMENTE NESTA DATA, POR EXIGÊNCIA DA RESOLUÇÃO NORMATIVA 195 / 2009, DA ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR.**

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR

**PRODUÇÃO**

PRODUTOR(A)

CORRETOR(A)

CONCESSIONÁRIO(A)

**ANS - nº 41710-6**