

FORMULÁRIO DE ADESÃO

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
 PLANO COLETIVO
 CLASSIFICAÇÃO DA OPERADORA NA ANS: ODONTOLOGIA DE GRUPO
 ODONTOPREV S.A
 CNPJ 58.119.199/0014-76



Nova adesão: beneficiário titular beneficiário titular e dependente(s)

Alteração de cadastro: inclusão de beneficiário(s)

Nome do Representante _____ Data ____/____/____

DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

Nome Completo:				
CPF:	RG:	Órgão Emissor	Data de Nascimento	Sexo
Nome completo da mãe			Estado Civil	
Nº matrícula	Empresa	Unidade	CNPJ	
Endereço Residencial			Complemento	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
Cód. do Município	Telefone Residencial ()	Celular ()		
E-mail				

BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S)

1. Nome Completo		CPF	Data de Nascimento
Nome da mãe do dependente		Parentesco	Sexo
2. Nome Completo		CPF	Data de Nascimento
Nome da mãe do dependente		Parentesco	Sexo
3. Nome Completo		CPF	Data de Nascimento
Nome da mãe do dependente		Parentesco	Sexo
4. Nome Completo		CPF	Data de Nascimento
Nome da mãe do dependente		Parentesco	Sexo

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Como signatário do presente instrumento, no qual figuro como beneficiário titular, autorizo que seja descontado mensalmente do meu salário, a contar da assinatura do presente formulário, o valor de R\$ _____, _____, por beneficiário para pagamento das contraprestações mensais do plano odontológico aderido, em benefício próprio e/ou para o(s) meu(s) beneficiário(s) dependente(s), durante o integral período que estiver em vigor o Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Odontológica firmado entre a OdontoPrev e a entidade que possuo vínculo, vigência esta que poderá ser renovada sucessivas vezes.

Declaro serem verdadeiros e corretos todos os dados por mim inseridos no presente Formulário de Adesão e as demais informações prestadas à OPERADORA para os fins da execução do Contrato.

Declaro ter recebido, previamente à assinatura da presente proposta de adesão, o Manual de Orientação para a Contratação de Plano de Saúde – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC.

Assinatura do Titular

Assinatura do RH do Contratante