

Poços de Caldas
Rua Tutóia, 51 - Jd. dos Estados
Fone: (35) 3712-7222 / Fax: (35) 3722-1269

Três Corações
Praça Tenente Palestino, 34 - Centro
Fone/Fax: (35) 3232-4147



TERMO DE ADESÃO A CONTRATO COLETIVO

TIPO PLANO

Empresa: _____

Proposta N.º: _____ Data: ____/____/____

☐ PRÉ-PAGAMENTO
☐ MISTO

1 - DADOS DO TITULAR

Nome:		Data Nascimento:		Sexo:	
CPF:	CNS	Nome do Responsável (no caso de titular menor ou incapaz):		Estado Civil:	
PIS/PASEP:	RG:	Órgão Expedidor:		Data da Expedição:	
Filiação:	Pai:				
	Mãe:				

2 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA E DOMICÍLIO

Logradouro (Rua, Avenida, Praça, etc.)				Nº Complemento:	
Bairro:	Cidade:	CEP:	UF:		
Fone Residencial:	Fone Comercial:	Celular:	E-mail:		

3 - DEPENDENTES

1 - Nome:		Data Nascimento:		Sexo:	
CPF:	CNS	Nome do Responsável (no caso de titular menor ou incapaz):		Estado Civil:	
PIS/PASEP:	RG:	Órgão Expedidor:		Data da Expedição:	
Filiação:	Pai:				
	Mãe:				

2 - Nome:		Data Nascimento:		Sexo:	
CPF:	CNS	Nome do Responsável (no caso de titular menor ou incapaz):		Estado Civil:	
PIS/PASEP:	RG:	Órgão Expedidor:		Data da Expedição:	
Filiação:	Pai:				
	Mãe:				

3 - Nome:		Data Nascimento:		Sexo:	
CPF:	CNS	Nome do Responsável (no caso de titular menor ou incapaz):		Estado Civil:	
PIS/PASEP:	RG:	Órgão Expedidor:		Data da Expedição:	
Filiação:	Pai:				
	Mãe:				

4 - Nome:		Data Nascimento:		Sexo:	
CPF:	CNS	Nome do Responsável (no caso de titular menor ou incapaz):		Estado Civil:	
PIS/PASEP:	RG:	Órgão Expedidor:		Data da Expedição:	
Filiação:	Pai:				
	Mãe:				

5 - Nome:		Data Nascimento:	Sexo:
CPF:	CNS	Nome do Responsável (no caso de titular menor ou incapaz):	Estado Civil:
PIS/PASEP:	RG:	Órgão Expedidor:	Data da Expedição:
Filiação:	Pai:		
	Mãe:		

6 - Nome:		Data Nascimento:	Sexo:
CPF:	CNS	Nome do Responsável (no caso de titular menor ou incapaz):	Estado Civil:
PIS/PASEP:	RG:	Órgão Expedidor:	Data da Expedição:
Filiação:	Pai:		
	Mãe:		

7 - Nome:		Data Nascimento:	Sexo:
CPF:	CNS	Nome do Responsável (no caso de titular menor ou incapaz):	Estado Civil:
PIS/PASEP:	RG:	Órgão Expedidor:	Data da Expedição:
Filiação:	Pai:		
	Mãe:		

DECLARAÇÃO

Declaro:

- 1 - Que pelo presente TERMO DE ADESÃO solicito a minha inclusão como titular do plano e de meus dependentes acima identificados;
- 2 - Que faço parte do Quadro de associado, sindicalizados ou funcionários da empresa CONTRATANTE;
- 3 - Que li os termos do contrato firmado, aceitando-o sem reservas em todas as suas cláusulas e condições, assumindo total responsabilidade por minhas declarações;
- 4 - Que assumo o pagamento da Remuneração de Disponibilidade Odontológica - RDO, mensalidades e as despesas relativas aos atos complementares (não cobertos pelo plano), em meu nome e de meus dependentes;
- 5 - Que recebi ampla explicação do que está sendo contratado, principalmente no que diz respeito a cobertura, a formas de pagamento, a vigência do contrato, tempo mínimo de permanência no plano e as minhas responsabilidades;
- 6 - Que no ato de assinatura deste termo, recebi: cópia do contrato, do Termo de Adesão e o Manual de Orientação ao Usuário.

Carência	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 DIAS	60 DIAS	90 DIAS
Dentística				
Radiologia				
Prevenção				
Periodontia				
Endodontia				
Cirurgia				
Odontopediatria				

Ciente das disposições contratuais, declaro serem verdadeiras as informações acima.

Poços de Caldas, _____ de _____ de 2.0_____

Assinatura do titular ou responsável

Carimbo (CNPJ) da Contratante

Assinatura da Contratante