

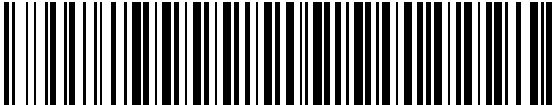
PROPOSTA DE ADESÃO AO CONTRATO DE

PLANO ODONTOLÓGICO - PESSOA FÍSICA - DENTE DE LEITE

Alameda Araguaia, 2104, 21ª andar, Alphaville, CEP: 06455-000 - Barueri - SP

Para informações, ligue: 0800 600 2894 (SAC) ou acesse: bradescodental.com.br

1ªVIA: OPERADORA - CONTRATADA



Número da Proposta:

BDA00004204315-5

1. FORMAS DE PAGAMENTO

☐ Boleto registrado e demais em débito automático

☐ Boleto registrado e demais cartão de crédito

☐ 1ª parcela em boleto e demais em débito automático

☐ 1ª parcela em boleto e demais em cartão de crédito

☒ Cartão de crédito

1.1 DÉBITO AUTOMÁTICO

Nome\*

ITALO JOHN SANTANA DA SILVA

CPF\*

083.531.194-55

Data de Nascimento\*

Banco (Nº | Nome)\*

Agência (Cód/Díg)\*

Conta-Corrente\*

LEGENDA DE BANCO (Nº - NOME)

033-Santander 237-Bradesco 341-Itaú 001-Banco do Brasil

Autorizo o banco a debitar na conta especificada acima os valores referentes as parcelas mensais creditando à Operadora.

1.2 CARTÃO DE CRÉDITO

Nome (conforme cartão de crédito) \*

Número do Cartão \*

Validade do Cartão \*

Autorizo o banco a debitar no cartão especificado acima os valores referentes as parcelas mensais creditando à Operadora.

2. RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

1. Nome Completo do Titular

LARA BEATRIZ SOUSA DA SILVA

CPF

152.978.114-06

GP

EC

6

Data de Nasc.

14/02/2018

Sexo

F

Nome Completo da Mãe

NADEJA MONIQUE SOUSA DOS SANTOS

CNS

DNV

E-mail

ITALOJOHN828@GMAIL.COM

Celular

(81) 99454945

Telefone

End. Residencial (preencher se for diferente do contratante)

R RIO JABOATAO

Nº

110

Complemento

CASA C

Bairro

CORDEIRO

Município

RECIFE

UF

PE

CEP

50721520

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE(CNS)

LEGENDA DE GRAU DE PARENTESCO (GP)

(3) filha (5) cônjuge (4) filho (18) outros

LEGENDA DE ESTADO CIVIL (EC)

(6) solteiro (1) casado (7) viúvo (5) separado (3) divorciado

NÚMERO DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO (DNV)

LEGENDA DE SEXO

F - Feminino M - Masculino

3. DADOS DO CONTRATANTE RESPONSÁVEL LEGAL PELO TITULAR MENOR (preenchimento obrigatório, somente quando o titular do plano for menor de 18 anos)

Nome

ITALO JOHN SANTANA DA SILVA

CPF

083.531.194-55

Email

ITALOJOHN828@GMAIL.COM

Telefone

(81) 99454945

Data de Nascimento

12/04/1994

End. Residencial

R RIO JABOATAO

Nº

110

Complemento

CASA C

Bairro

CORDEIRO

Município

RECIFE

UF

PE

CEP

50721520

4. DADOS DO PLANO DE BENEFÍCIOS

| IDENTIFICAÇÃO DO PLANO  | VALOR TITULAR         | VALOR DEPENDENTE     | VALOR TOTAL | PERÍODOS DE CARÊNCIA (CONTADOS DO INÍCIO DE VIGÊNCIA) U.O de reembolso  |
|---|-----------------------|----------------------|-------------|---|
| BRADESCO DENTE DE LEITE- IF LE<br>registrado na ANS sob o nº 480.175/18-0 | R\$ 26,49<br>(Mensal) | R\$ 0,00<br>(Mensal) | R\$ 26,49   | 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência, 180 (cento e oitenta) dias para prótese, 90 (noventa) dias para demais procedimentos cobertos, U.O de reembolso = R\$ 0,50 (cinquenta centavos) |
| BRADESCO DENTE DE LEITE- IF LE<br>registrado na ANS sob o nº 480.175/18-0 | R\$ 264,90<br>(Anual) | R\$ 0,00<br>(Anual)  |             | 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência, 90 (noventa) dias para prótese, 60 (sessenta) dias para demais procedimentos cobertos, U.O de reembolso = R\$ 0,50 (cinquenta centavos)         |

INÍCIO DE VIGÊNCIA

Data de assinatura da Proposta de Adesão

ÍNDICE DE REAJUSTE DO VALOR DA MENSALIDADE

IGPM / FGV

PERCENTUAL DE DESCONTO PARA O PLANO ANUAL

16,67% em relação ao valor de 12 meses

5. CORRETOR

Código da Agência Produtora

Matricula do assistente de Produção

Sucursal Emissora

867

CPD e Nome do Angariador

446797 CLASSIC INSURANCE CORRET DE SEGU

CPD e Nome do Corretor

446797 CLASSIC INSURANCE CORRET DE SEGU

CPD e Nome do Corretor Master

504395 INTERAMINENSE ASSESSORIA E CONSULTO

Matricula do Gerente de Produto BVP

Data de Emissão de Proposta

09/05/2023

Data de Validade de Proposta

07/08/2023

\*Preenchimento obrigatório

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Nome e Assinatura do Pagante

Nome e Assinatura do Contratante \ Beneficiário Titular

ANS - nº 301949

OdontoPrev - CRO/SP nº 2728| RT.:J.M. Benozati - CRO/SP nº 19009

1ª VIA: OPERADORA - CONTRATADA 2ª VIA: CONTRATANTE 3ª VIA: CORRETOR

RDT0860081 rev25 - 0415 página 1 / 6



Declaro ter tido ciência prévia de todos os termos do Contrato do Plano Odontológico BRADESCO DENTAL DENTE DE LEITE II IFLE, produto da ODONTOPREV S.A. (OPERADORA), detentora dos direitos de utilização da marca BRADESCO DENTAL, registrado na ANS sob nº 480.175/18-0, cuja cópia recebi neste ato, que estabelece em linguagem clara e simples todos os direitos e obrigações contratuais, as formas e condições de utilização do Plano, os limites de cobertura, os procedimentos para obtenção de autorizações prévias, e as informações sobre os recursos disponibilizados pela OPERADORA para verificação dos dentistas integrantes da Rede Credenciada. Declaro, ainda: a) ter conhecimento do Manual de Orientação para Contratação do Plano b) ter recebido neste ato e ter conhecimento do Guia de Leitura Contratual c) ter ciência caso o titular do contrato seja menor de 18 anos, o CONTRATANTE assume a responsabilidade legal pelo menor de idade **c1)** serem verdadeiros e corretos todos os dados por mim inseridos na presente Proposta de Adesão e as demais informações prestadas à OPERADORA para os fins da execução do presente Contrato c1) serem verdadeiros e corretos todos os dados por mim informados na presente Proposta de Adesão e demais informações prestadas, e que, em caso de descumprimento do presente item, o(s) beneficiário(s) perderá(ão) quaisquer direitos relativos aos planos odontológicos previstos neste instrumento, assim como à devolução de qualquer quantia paga, sem prejuízo das consequências e responsabilidades legais, nos termos do Item 16.3., letra "a" do Contrato de Plano Odontológico;d) ser o devedor dos valores e das demais obrigações decorrentes do Plano de Benefícios que agora subscrevo, conforme meio de pagamento optado no item 2 "FORMAS DE PAGAMENTO" desta Proposta e) ter ciência que em caso de não pagamento do primeiro boleto, a partir de 72 (setenta e duas) horas após a adesão, a cobrança do Plano Odontológico será efetuada por débito na conta ou cartão de crédito, ambos especificados no item 2 "FORMAS DE PAGAMENTO", assim como a não aprovação para débito, pelo Banco, da conta corrente informada na Proposta de Adesão, bem como da Operadora do Cartão de Crédito, a cobrança do Plano Odontológico será efetuada por boleto bancário f) reconhecer que a eventual redução e/ou isenção dos prazos de carência não alteram as demais condições e coberturas do Contrato g) ter ciência de que o prazo de vigência deste Contrato é de 12 (doze) meses, com início a partir da assinatura da Proposta de Adesão e de que contarei com períodos de carência (contados da data de início de vigência) de 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência, 180 (cento e oitenta) dias para os procedimentos prótese e 90 (noventa) dias para demais procedimentos cobertos g.1) caso a opção seja pelo pagamento do Plano de Benefícios de forma anual, ter ciência que contarei com períodos de carência (contados da data de início de vigência) de 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência, 90 (noventa) dias para procedimentos de prótese e 60 (sessenta) dias para demais procedimentos cobertos; h) ter ciência de que no ato de assinatura da Proposta de Adesão, deverei pagar em até 10 (dez) dias úteis a primeira mensalidade calculada de acordo com o número de Beneficiários inscritos. As mensalidades subsequentes a primeira terão como data de vencimento o mesmo dia da data de assinatura da Proposta de Adesão. As alterações de data de vencimento ou de meio de pagamento deverão ser solicitadas no Atendimento ao Beneficiário e estarão sujeitas às regras operacionais i) ter conhecimento de que para os fins do presente Plano são considerados Dependentes: cônjuge ou filhos(as), enteados(as), curatelados(as) e/ou tutelados(as), dependentes economicamente do Contratante, conforme legislação do IR, e que sejam solteiros, com até 21 (vinte e um) anos, ou com até 24 (vinte e quatro) anos, se estiverem frequentando curso superior e, ainda, os filhos comprovadamente inválidos, de qualquer idade i1) o previsto na alínea 'i' acima não se aplica ao Plano Dente de Leite j) ter conhecimento da opção de atendimento na Livre Escolha de Dentistas, podendo realizar tratamentos cobertos pelo Plano de Benefícios com dentistas não integrantes da Rede Credenciada, obtendo o reembolso conforme regras contratuais e de acordo com a Tabela de Procedimentos de Reembolso - T.P.RE k) ter conhecimento de que a Proposta de Adesão e suas cópias não podem conter rasuras l) ter conhecimento de que em caso de dúvidas sobre o Plano ou consulta à Rede Credenciada, deverei entrar em contato com a Central de Relacionamento: 0800 602 3332, ou SAC - Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722 2191, 24 (vinte e quatro) horas, 7 (sete) dias por semana à disposição para o Beneficiário m) estar ciente de que poderei consultar a Rede Credenciada também através do site bradescodental.com.br n) A relação contendo as substituições de prestadores ocorridas na rede credenciada nos últimos 180 (cento e oitenta) dias poderá ser consultada no portal da CONTRATADA (bradescodental.com.br) ou na sua Central de Atendimento. o) ser responsável perante a OPERADORA pelos atos de todos os Beneficiários por mim inscritos na presente Proposta p) poderá a OPERADORA, em caso de inadimplência, para a cobrança de seus créditos, nos termos da lei, inscrever o nome do Contratante em banco de dados cadastrais de Serviços de Proteção ao Crédito q) ter conhecimento de que os Beneficiários Dependentes, incluídos no momento da adesão do Titular ou em data posterior, obedecerão as mesmas regras descritas no contrato e previstas para o Beneficiário Titular do Plano Odontológico q1) o previsto na alínea 'q' não se aplica ao Plano Dente de Leite r) ter conhecimento de que eventuais acréscimos de cobertura decorrentes de norma da ANS, salvo disposição expressamente impeditiva, integrarão automaticamente o Contrato s) o pagante será responsável exclusivamente pela autorização do débito das mensalidades em sua conta especificada no item 2 "FORMAS DE PAGAMENTO" t) ter ciência de que ao término da primeira vigência contratual, não havendo manifestação de minha parte no prazo de 30 (trinta) dias de antecedência, o Contrato será renovado por prazo indeterminado, mantendo-se as mesmas condições anteriormente contratadas, inclusive as relacionadas à forma de pagamento, sendo vedada no ato da renovação a recontagem de carências e a cobrança de taxa ou qualquer outro valor u) ter conhecimento de que a forma de pagamento, caso seja opção cartão de crédito, os encargos devidos em caso de atraso, falta ou pagamento parcial da fatura do cartão de crédito, obedecerão as regras descritas no contrato do cartão de crédito.

7. FORMALIZAÇÃO

|                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| Data de Emissão de Proposta | Data de Validade da Proposta |
| 09/05/2023                  | 07/08/2023                   |

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ .

Nome e Assinatura do Pagante

Nome e Assinatura do Contratante \ Beneficiário Titular

PROPOSTA DE ADESÃO AO CONTRATO DE

PLANO ODONTOLÓGICO - PESSOA FÍSICA - DENTE DE LEITE

Alameda Araguaia, 2104, 21ª andar, Alphaville, CEP: 06455-000 - Barueri - SP

Para informações, ligue: 0800 600 2894 (SAC) ou acesse: bradescodental.com.br

Número da Proposta: BDA00004204315-5

2ª VIA: CONTRATANTE



1. FORMAS DE PAGAMENTO

☐ Boleto registrado e demais em débito automático

☐ Boleto registrado e demais cartão de crédito

☐ 1ª parcela em boleto e demais em débito automático

☐ 1ª parcela em boleto e demais em cartão de crédito

☒ Cartão de crédito

1.1 DÉBITO AUTOMÁTICO

Nome\*

ITALO JOHN SANTANA DA SILVA

CPF\*

083.531.194-55

Data de Nascimento\*

Banco (Nº | Nome)\*

Agência (Cód/Díg)\*

Conta-Corrente\*

LEGENDA DE BANCO (Nº - NOME)

033-Santander 237-Bradesco 341-Itaú 001-Banco do Brasil

Autorizo o banco a debitar na conta especificada acima os valores referentes as parcelas mensais creditando à Operadora.

1.2 CARTÃO DE CRÉDITO

Nome (conforme cartão de crédito) \*

Número do Cartão \*

Validade do Cartão \*

Autorizo o banco a debitar no cartão especificado acima os valores referentes as parcelas mensais creditando à Operadora.

2. RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

1. Nome Completo do Titular

LARA BEATRIZ SOUSA DA SILVA

CPF

152.978.114-06

GP

EC

6

Data de Nasc.

14/02/2018

Sexo

F

Nome Completo da Mãe

NADEJA MONIQUE SOUSA DOS SANTOS

CNS

DNV

E-mail

ITALOJOHN828@GMAIL.COM

Celular

(81) 99454945

Telefone

End. Residencial (preencher se for diferente do contratante)

R RIO JABOATAO

Nº

110

Complemento

CASA C

Bairro

CORDEIRO

Município

RECIFE

UF

PE

CEP

50721520

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE(CNS)

LEGENDA DE GRAU DE PARENTESCO (GP)

(3) filha (5) cônjuge (4) filho (18) outros

LEGENDA DE ESTADO CIVIL (EC)

(6) solteiro (1) casado (7) viúvo (5) separado (3) divorciado

NÚMERO DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO (DNV)

LEGENDA DE SEXO

F - Feminino M - Masculino

3. DADOS DO CONTRATANTE RESPONSÁVEL LEGAL PELO TITULAR MENOR (preenchimento obrigatório, somente quando o titular do plano for menor de 18 anos)

Nome

ITALO JOHN SANTANA DA SILVA

CPF

083.531.194-55

Email

ITALOJOHN828@GMAIL.COM

Telefone

(81) 99454945

Data de Nascimento

12/04/1994

End. Residencial

R RIO JABOATAO

Nº

110

Complemento

CASA C

Bairro

CORDEIRO

Município

RECIFE

UF

PE

CEP

50721520

4. DADOS DO PLANO DE BENEFÍCIOS

| IDENTIFICAÇÃO DO PLANO  | VALOR TITULAR         | VALOR DEPENDENTE     | VALOR TOTAL | PERÍODOS DE CARÊNCIA (CONTADOS DO INÍCIO DE VIGÊNCIA) U.O de reembolso  |
|---|-----------------------|----------------------|-------------|---|
| BRADESCO DENTE DE LEITE- IF LE<br>registrado na ANS sob o nº 480.175/18-0 | R\$ 26,49<br>(Mensal) | R\$ 0,00<br>(Mensal) | R\$ 26,49   | 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência, 180 (cento e oitenta) dias para prótese, 90 (noventa) dias para demais procedimentos cobertos, U.O de reembolso = R\$ 0,50 (cinquenta centavos) |
| BRADESCO DENTE DE LEITE- IF LE<br>registrado na ANS sob o nº 480.175/18-0 | R\$ 264,90<br>(Anual) | R\$ 0,00<br>(Anual)  |             | 24 (vinte e quatro) horas para urgência e emergência, 90 (noventa) dias para prótese, 60 (sessenta) dias para demais procedimentos cobertos, U.O de reembolso = R\$ 0,50 (cinquenta centavos)         |

INÍCIO DE VIGÊNCIA

Data de assinatura da Proposta de Adesão

ÍNDICE DE REAJUSTE DO VALOR DA MENSALIDADE

IGPM / FGV

PERCENTUAL DE DESCONTO PARA O PLANO ANUAL

16,67% em relação ao valor de 12 meses

5. CORRETOR

Código da Agência Produtora

Matricula do assistente de Produção

Sucursal Emissora

867

CPD e Nome do Angariador

446797 CLASSIC INSURANCE CORRET DE SEGU

CPD e Nome do Corretor

446797 CLASSIC INSURANCE CORRET DE SEGU

CPD e Nome do Corretor Master

504395 INTERAMINENSE ASSESSORIA E CONSULTO

Matricula do Gerente de Produto BVP

Data de Emissão de Proposta

09/05/2023

Data de Validade de Proposta

07/08/2023

\*Preenchimento obrigatório

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

Nome e Assinatura do Pagante

Nome e Assinatura do Contratante \ Beneficiário Titular

ANS - nº 301949

OdontoPrev - CRO/SP nº 2728| RT.:J.M. Benozati - CRO/SP nº 19009

1ª VIA: OPERADORA - CONTRATADA 2ª VIA: CONTRATANTE 3ª VIA: CORRETOR

RDT0860081 rev25 - 0415

página 3 / 6