

# Proposta de adesão - Assistência Odontológica



Proposta de adesão número:

☐ Incl. Titular

☐ Incl. Dependente

## PLANOS:

\*Local de atendimento de acordo com o Plano contratado

Maxi Plus coletivo - 486.100/20-1 ☐

Maxi III - 482.229/19-3 ☐

Maxi IX - 482.464/19-4 ☐

Maxi Plus empresarial - 486.099/20-3 ☐

Maxi V - 482.227/19-7 ☐

Maxi XI - 482.463/19-6 ☐

\*Campos com (\*) são obrigatórios para validação do cadastro

Empresa*		Ocupação*		Cód Odontomaxi*		
Proponente Titular*				Início Vigência* / /		
Filiação do Titular (pai e mãe)*						
Data de nascimento* / /	CPF *	Cédula de identidade/RG (Nº - UF)*		Sexo*	Estado civil*	
Endereço Residencial (Rua, Av. etc.)*				Nº *		
Complemento	Bairro*	CEP*	Município*	Estado*		
Telefone comercial* ( )	Telefone residencial* ( )	Telefone celular* ( )	E-mail:*			
<b>Dependentes</b>						
01		Nascimento* / /	Sexo*	Parentesco*	Valor Per Capta*	
CPF*		Nome da Mãe *				
Telefone residencial* ( )	Telefone celular* ( )					
02		Nascimento* / /	Sexo*	Parentesco*	Valor Per Capta*	
CPF*		Nome da Mãe *				
Telefone residencial* ( )	Telefone celular* ( )					
03		Nascimento* / /	Sexo*	Parentesco*	Valor Per Capta*	
CPF*		Nome da Mãe *				
Telefone residencial* ( )	Telefone celular* ( )					
04		Nascimento* / /	Sexo*	Parentesco*	Valor Per Capta*	
CPF*		Nome da Mãe *				
Telefone residencial* ( )	Telefone celular* ( )					
Códigos para indicação de Estado Civil: 1 = Solt. / 2 = Cas. / 3 = Sep. Jud. / 4 = Divorc. / 5 = Viúvo		Códigos para indicação de grau de Parentesco: 1 = Cônj. / 2 = Filho / 3 = Pais / 5 = Comp. / 6 = Tut. / 7 = Agreg. / 8 = Outros			Valor Total: * R\$	

## DECLARAÇÕES DO PROPONENTE TITULAR (por si e por seus Dependentes)

- Declaro, para os devidos fins e efeitos, que estou ciente e de acordo com todas as condições contratuais, inclusive quanto aos prazos constantes dessa proposta e do contrato, não tendo quaisquer dúvida com a relação à sua aplicação.
- Declaro, para todos os fins e efeitos, que tenho pleno conhecimento de que adicionais concedidos pela clínica, não alterarão as demais condições contratuais, principalmente aquelas relativas a limitações e exclusões.
- Declaro estar ciente que as faltas as consultas marcadas e não canceladas com antecedência mínima de 6 (seis) horas, deverão ser indenizadas ao Prestador de serviços.
- Declaro estar ciente que para rescindir o presente contrato será necessário o pagamento à vista de uma multa fixada no valor de 3(três) mensalidades.
- Autorizo efetuar o desconto das mensalidades acima descritas em minha folha de pagamento.
- Declaro ter ciência que meus dados pessoais serão armazenados no sistema operacional utilizado pela Odontomaxi para garantir atendimento junto a Rede Credenciada e troca de informações junto a Agência Nacional da Saúde e demais órgãos pelo período de cumprimento de obrigações legais.
- Declaro ter ciência que poderei usufruir dos benefícios, somente após o pagamento da primeira mensalidade.
- Declaro para todos fins de direito ter ciência e estar de acordo com a POLÍTICA DE PRIVACIDADE da Odontomaxi, disponível no site [www.odontomaxi.com.br](http://www.odontomaxi.com.br).

Local

Data

