

Proposta de adesão - Assistência Odontológica



ANS 41958-3

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	<input type="checkbox"/>	Maxi III - 482.229/19-3	<input type="checkbox"/>	Maxi IX - 482.464/19-4	<input type="checkbox"/>
Maxi Plus empresarial - 486.099/20-3	<input type="checkbox"/>	Maxi V - 482.227/19-7	<input type="checkbox"/>	Maxi XI - 482.463/19-6	<input type="checkbox"/>

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.)* N° *					
Complemento	Bairro*	CEP*	Município*	Estado*	
Telefone comercial* ()	Telefone residencial* ()	Telefone celular* ()	E-mail:*		
Dependentes					
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)

1. 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.
2. 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.
3. Declaro estar ciente que as faltas às consultas marcadas e não canceladas com antecedência mínima de 6 (seis) horas, deverão ser indenizadas ao Prestador de serviços.
4. 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.
5. Autorizo efetuar o desconto das mensalidades acima descritas em minha folha de pagamento.
6. 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.
7. Declaro ter ciência que poderei usufruir dos benefícios, somente após o pagamento da primeira mensalidade.
8. 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.

Local

Data



Assinatura do PropONENTE