

TIPO DE ADESÃO:

Migração de Operadora Inicial Alteração de Plano

Plano de Saúde escolhido [escreva o nome do plano escolhido, por extenso]:

DADOS DO PROPONENTE TITULAR

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

CPF: _____ Sexo: M F NIP/SIAPE: _____

RG: _____ Órgão Emissor: _____

Posto/Grad./Nível: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço de Correspondência: (Rua, Avenida, Praça, Etc)

Nº: _____

Compl: (Apto, Bl, Etc)

Bairro: _____

CEP: _____

Cidade: _____

UF: _____

Tel: _____

Tel: _____

Tel: _____

E-mail: _____

DADOS DO(S) BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S)

(Dados do(s) dependente(s) – (se os Dependente(s) (menores) NÃO possuírem os documentos solicitados – CPF e RG, repetir os dados do Titular).

Nome: [Dependente 01]

Nome da Mãe: _____ Parentesco: _____

Data de Nascimento: _____ Sexo: M F Estado Civil: _____ CPF: _____ RG: _____

Nome: [Dependente 02]

Nome da Mãe: _____ Parentesco: _____

Data de Nascimento: _____ Sexo: M F Estado Civil: _____ CPF: _____ RG: _____

Nome: [Dependente 03]

Nome da Mãe: _____ Parentesco: _____

Data de Nascimento: _____ Sexo: M F Estado Civil: _____ CPF: _____ RG: _____

Nome: [Dependente 04]

Nome da Mãe: _____ Parentesco: _____

Data de Nascimento: _____ Sexo: M F Estado Civil: _____ CPF: _____ RG: _____

PLANOS E FORMA DE PAGAMENTO

Plano Escolhido:

Integral
 Superior
 Master

Forma de Pagamento:

Consignação em BP
 Boleto Bancário
 Débito em Conta Corrente

Se débito em conta:

Banco: Santander

Nº da Agência: _____

Nº da Conta Corrente: _____

Sirvo-me do presente para AUTORIZAR a Mapma Administradora de Benefícios Ltda, empresa com sede no Município do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, na Rua Visconde de Inhaúma, nº 37/19º andar, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 11.055.313/0001-63 e ANS sob o nº 41756-4 a proceder a minha adesão, bem como de meu(s) dependente(s) especificados na relação de beneficiários a que este acompanha, ao Contrato de Plano Odontológico Coletivo por Adesão operacionalizado pela OdontoPrev S.A, empresa com sede no Município de Barueri, Estado de São Paulo, na Alameda Tocantins, 125 - 15º andar, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 58.119.199/0001-51 e na ANS sob o nº 30194-9, contrato que passarei(emos) a integrar. De outra parte, declaro, para todos os fins de direito, estar ciente e de acordo com as normas, e, particularmente, às de utilização do Plano Odontológico, às quais me obrigo, por mim e por meus dependentes, observando as seguintes condições:

- a) os Beneficiários Dependentes devem, obrigatoriamente, estar inscritos no mesmo tipo de Plano Odontológico por mim optado;
- b) havendo a possibilidade, de alteração de Planos para outro que ofereça maior ou menor número de eventos cobertos, as migrações serão estendidas, necessariamente, para todo o meu grupo familiar;
- c) para aceitação, pela Mapma Administradora de Benefícios Ltda, do meu pedido de alteração do Plano Odontológico vigente para outro que tenha maior número de eventos cobertos ou para outro que tenha menor número de eventos cobertos, deverei ter permanecido no plano vigente por um período mínimo de 12 (doze) meses;
- d) caso venha a ocorrer a minha exclusão ou de alguns dos meus dependentes dentro do período de 12(doze) meses, contados a partir da data da adesão, a Mapma Administradora de Benefícios Ltda, poderá, a título de penalização cobrar o correspondente ao(s) valor(es) da(s) mensalidade(s) per capita dos excluídos, multiplicada(s) cada uma por 6(seis). Se no futuro eu vier a ter interesse na minha inclusão e dos meus dependentes, estou ciente que deverei ter a anuência da aceitação da Mapma Administradora de Benefícios Ltda e da OdontoPrev S.A, submetendo-me a novo período de carência;
- e) perante a Mapma Administradora de Benefícios Ltda e perante a terceiros, sou o(a) único(a) responsável pelo pagamento e a correta utilização do Plano Odontológico ora aderido, respondendo integralmente pelos atos praticados por mim e por meus dependentes;
- f) Os valores pactuados regem-se pelo sistema de pós-pagamento mensal. O reajuste da contribuição mensal, o qual será obrigatoriamente comunicado à ANS na forma da legislação vigente, ocorrerá anualmente no mês de MAIO e nas condições determinadas no contrato de Assistência Odontológica, celebrado entre a Mapma Administradora de Benefícios Ltda e a OdontoPrev S.A;
- g) declaro ter recebido previamente à assinatura do presente Termo, o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde - MPS obrigatoriamente comunicado à ANS na forma da legislação
- h) havendo rasuras e/ou preenchimento incompleto neste TERMO DE ADESÃO, a presente solicitação será considerada nula e sem efeito.

Local e Data: _____ / _____ / _____

Início da Vigência: ____ / ____ / 20 ____

Nome Legível e Assinatura do Atendente:

Assinatura do Beneficiário Titular

ANS - n.º 30194-9