


FORMULÁRIO DE ADESÃO Nº _____

 <p>ORAL Santa Helena SEU PLANO ODONTOLÓGICO</p>	Registrado na ANS - n.º 415987		
	Tipo de contratação: COLETIVO EMPRESARIAL		Início da vigência contratual: _____/_____/____
	PLANO: _____		Dia vencimento: _____
Esta adesão está vinculada a todas as cláusulas contratuais e condições do Contrato de Assistência Odontológica firmado com empresa empregadora CONTRATANTE e o Plano Odontológico - Oral Santa Helena.			

DADOS CADASTRAIS				
Nome da Empresa Empregadora CONTRATANTE:		Nome da Filial:	Cargo que ocupa na empresa:	Telefone da empresa:
Nome do Funcionário (Responsável Financeiro)			Valor:	
Data de Nascimento	Sexo: ()M ()F	Estado Civil:	Nome da Mãe	
RG	órgão emissor:	CPF	CNS	
CEP	Endereço:		Numero:	
Bairro:	Complemento:		Ponto de Referência:	
Cidade:	UF	Telefone fixo: ()	Celular: ()	E-mail:

DADOS DOS USUÁRIOS DEPENDENTES				
1	Nome completo sem abreviações:			Dt. Nascimento
CPF:	Sx.	GP	Nome da Mãe completo sem abreviação	Telefone:
CNS	E-mail:			Valor:
2	Nome completo sem abreviações:			Dt. Nascimento
CPF:	Sx.	GP	Nome da Mãe completo sem abreviação	Telefone:
CNS	E-mail:			Valor:
3	Nome completo sem abreviações:			Dt. Nascimento
CPF:	Sx.	GP	Nome da Mãe completo sem abreviação	Telefone:
CNS	E-mail:			Valor:
4	Nome completo sem abreviações:			Dt. Nascimento
CPF:	Sx.	GP	Nome da Mãe completo sem abreviação	Telefone:
CNS	E-mail:			Valor:

LEGENDA: GP (Grau de Parentesco): E = Esposo(a), F = Filho(a), P = Pai, M = Mãe, I = Irmão, S = Sogro(a) e O = Outros.

DADOS REFERENTE AO PAGAMENTO		
FORMA DE PAGAMENTO	Data do primeiro Vencimento	Valor total a ser pago mensalmente (Titular+ dependentes)
() Desconto em folha	_____/_____/____	R\$ _____

() **PAGAMENTO PELA EMPRESA.** () ***PAGAMENTO PELO FUNCIONÁRIO e REPASSADO pela EMPRESA.**
 (*Solicito a inclusão do meu nome e dos meus dependentes acima informado, no CONTRATO do Plano de Assistência Odontológica - Oral Santa Helena, firmado com a empresa ao qual trabalho e/ou presto serviço, como também autorizo que seja descontado mensalmente em meu salário durante a vigência contratual de ____ (____) meses a quantia de R\$ _____, ____ (____).)

Declaro ter ciência que este CONTRATO possui reajuste anual de acordo com o índice definido e data base de assinatura com a EMPRESA, como também que tem vigência mínima de ____ (____) meses com renovação automática de igual período e que caso seja solicitado o cancelamento desta ADESÃO antes do cumprimento da vigência contratual, haverá multa pecuniária a ser paga o equivalente a 20% das parcelas vincendas ao término da vigência.

***Nos casos de demissão e óbito não haverá pagamento de multa pecuniária. Visto:** _____

Declaro que recebi do Plano Vida Saúde Serviços Odontológicos Ltda., o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual (GLC). **Visto:** _____

Declaro que recebi o Guia dos Dentistas Credenciados e que tenho acesso através do site <http://www.oralshelena.com.br/> e do Aplicativo Mobile OSH Associado. **Visto:** _____

Declaro que tenho conhecimento que a vigência contratual se inicia pela DATA DO PRIMEIRO PAGAMENTO e que a CARTEIRA DO ASSOCIADO será entregue em até 15(quinze) dias após da data do primeiro pagamento, porém após o primeiro pagamento e em caso de necessidade de atendimento o(s) usuário(s) poderão se dirigir a Rede de Atendimento com documento de identidade e realizar o seu atendimento. **Visto:** _____

_____, ____ de _____, de _____.
 Data de assinatura do contrato

Representante Oral Santa Helena _____ Códigodo representante autorizado _____	Funcionário Associado (Responsável Financeiro) _____	Departamento Pessoal _____
---	--	-------------------------------

ADESAO.F..07/2018