

PLANO ESCOLHIDO

STANDARD - Cod. Plano ANS: 477.905/17-3 | AESP ODONTO ASSISTÊNCIA EM SÃO PAULO DE ODONTOLOGIA S/S LTDA - CNPJ: 03.694.367/0001-40 - ALAMEDA GRAJAÚ, 60 - SL 2814 - ALPHAVILLE - BARUERI/SP - CEP: 06454-050

PROPONENTE TITULAR OU RESPONSÁVEL

Nome completo						Matrícula nº:	
Nome da mãe						Valor	
Data de nascimento	Sexo	Estado civil		Naturalidade (cidade, estado e país)			
CPF	RG			Órgão expedidor		UF	
Endereço residencial						Número residencial	
CEP	Bairro			Cidade		UF	
Telefone residencial		Telefone celular		E-mail			

DEPENDENTES

1	Nome completo						
	Data de nascimento	Sexo	Estado civil	RG	CPF		
	Nome da mãe						Valor
2	Nome completo						
	Data de nascimento	Sexo	Estado civil	RG	CPF		
	Nome da mãe						Valor
3	Nome completo						
	Data de nascimento	Sexo	Estado civil	RG	CPF		
	Nome da mãe						Valor
4	Nome completo						
	Data de nascimento	Sexo	Estado civil	RG	CPF		
	Nome da mãe						Valor

DADOS DO VENDEDOR

Nome	CPF	Telefone
------	-----	----------

RECIBO TAXA DE ADESÃO
FORMA DE PAGAMENTO

Valor total do plano - Titular + Dependentes	
--	--

AUTORIZAÇÃO

O proponente titular ou responsável identificado acima, declara, para todos os fins, que nesta data exerce opção pelo Plano de Assistência Odontológica AESP ODONTO, AUTORIZANDO o desconto do valor mensal total indicado nesta ficha (referente ao seu plano e de seus dependentes/agregados) em folha de pagamento, não caracterizando obrigação do empregador sobre esse benefício. Declara ter tido ciência previa de todos os termos do Contrato do Plano Odontológico contratado, devidamente indicado nesta proposta; ter ciência que a data de início de vigência será o primeiro dia útil do mês subsequente ao mês do desconto da 1ª mensalidade do Plano; ter ciência que a data de vencimento das mensalidades obedecerão ao cronograma de processamento da folha de pagamentos; ter conhecimento de que em caso de dúvida sobre o Plano ou consulta à Rede Credenciada, deverá entrar em contato com a Central de Atendimento e Relacionamento: 0800 772 01 61 - (11) 2813-5656 - CHATBOT PELO SITE www.aespodonto.com.br, 24 (vinte e quatro) horas, 7 (sete) dias na semana à disposição; estar ciente de que poderá consultar a Rede Credenciada também através do site www.aespodonto.com.br e pelo aplicativo da Operadora. Declara ter ciência de que ao término da primeira vigência contratual, não havendo manifesta contrária, no prazo de 30 (trinta) dias de antecedência, o Contrato será renovado, por prazo indeterminado, mantendo-se as condições anteriormente contratadas, inclusive as relacionadas à forma de pagamento. Ter ciência que as Condições Gerais e anexos deste Contrato se encontram disponíveis para consulta na sede da CONTRATADA e no site www.aespodonto.com.br.

ASSINATURA

Local e Data	Assinatura do Contratante ou Responsável Financeiro
--------------	---

ANS: 41328-3

CRO: 6.836

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

Pelo presente instrumento, eu _____,
brasileiro (a), servidor (a) público estadual, matrícula funcional _____, inscrito(a) no CPF
sob o nº _____ e no RG nº _____, residente e domiciliado(a) à
_____, na
cidade de _____, Estado do _____, AUTORIZO o
SINDICATO DOS SERVIDORES DA JUSTIÇA DO ESTADO DO MARANHÃO, entidade sindical de
primeiro grau que representa todos os servidores do Poder Judiciário do Estado do Maranhão,
inscrito sob o CNPJ 110.130.26/0001-90, com sede administrativa situada à Rua das Cajazeiras,
43, Centro, São Luís, Maranhão A EFETUAR O DESCONTO em meu salário, através de
consignação em folha de pagamento, do valor correspondente ao convenio de plano de saúde.

São Luis/MA, ____/_____/20__.

TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO

EU, _____, servidor público estadual do Poder Judiciário do Estado do Maranhão, cadastrado sob matrícula nº _____ e CPF sob o nº _____, declaro, para os devidos fins de direito, que estou ciente que a **ADESÃO** ao contrato de PLANO DE SAÚDE permite o SINDJUS/MA a promover o desconto diretamente no meu contracheque da parcela referente ao contrato de convênio, em caso de inadimplemento, fica imediatamente suspenso o direito de usar a carteira por mim ou pelos beneficiários cadastrados em meu nome. Comprometo-me a realizar o pagamento de toda e qualquer mensalidade referente ao convênio que não foi possível realizar o desconto em meu contracheque e assumo as despesas decorrentes do uso indevido da minha carteira e dos beneficiários em meu nome cadastrado, sob pena das sanções em direito admitida. Por ser verdade e dou fé, firmo o presente. Por ser verdade e dou fé, firmo o presente. São Luís - MA, ___/___/___.

NOME COMPLETO
MATRICULA Nº

TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO

EU, _____, servidor público estadual do Poder Judiciário do Estado do Maranhão, cadastrado sob matrícula nº _____ e CPF sob o nº _____, declaro, para os devidos fins de direito, que estou ciente que a minha **EXONERAÇÃO** do Poder Judiciário do Estado do Maranhão impede o desconto de contratos de convênio, contribuição sindical associativa diretamente do meu contracheque. Comprometo-me a realizar o pagamento de toda e qualquer mensalidade referente ao convênio ou contribuição sindical associativa, conforme planilha demonstrativa de débitos recebido neste ato, que teve frustrada a realização do desconto em meu contracheque e assumo as despesas decorrentes do uso indevido da minha carteira e dos beneficiários em meu nome cadastrado, após o ato de desfiliação, sob pena das sanções em direito admitida. Por ser verdade e dou fé, firmo o presente. São Luís - MA, ___/___/___.

NOME COMPLETO
MATRICULA Nº

TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO

EU, _____, servidor público estadual do Poder Judiciário do Estado do Maranhão, cadastrado sob matrícula nº _____ e CPF sob o nº _____, declaro para os devidos fins de direito que estou ciente que a minha **DESFILIAÇÃO** não me permite usufruir mais os benefícios em razão de convênios firmados entre o SINDJUS-MA e a empresa conveniada. E, ainda, que tenho que realizar a entrega da minha carteira referente ao convenio que aderi e também de todos os beneficiários cadastrados em meu nome. Comprometo-me a realizar o pagamento de toda e qualquer mensalidade referente ao convênio que não foi possível realizar o desconto em meu contracheque e assumo as despesas decorrentes, após o ato de desfiliação, concernente ao uso indevido da minha carteira e dos beneficiários em meu nome cadastrado, sob pena das sanções em direito admitida. Por ser verdade e dou fé, firmo o presente. São Luís - MA, ___/___/___.

NOME COMPLETO
MATRÍCULA

TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO

EU, _____, servidor público estadual do Poder Judiciário do Estado do Maranhão, cadastrado sob matrícula nº _____ e CPF sob o nº _____, declaro, para os devidos fins de direito, que estou ciente que a **LICENÇA SEM VENCIMENTO** a mim concedida pelo Poder Judiciário do Estado do Maranhão impede o desconto de contratos de convênio, contribuição sindical associativa diretamente do meu contracheque. Comprometo-me a realizar o pagamento de toda e qualquer mensalidade referente a convênio ou/e contribuição sindical associativa, por meio de depósito bancário identificável na conta do SINDJUS/MA, sob pena que o inadimplemento de parcela referente a contribuição associativa suspende o direito a adesão ou continuidade de contratos de convênios por mim celebrados, independentemente de comunicação prévia. Por ser verdade e dou fé, firmo o presente. São Luís - MA, ___/___/___.

NOME COMPLETO
MATRICULA Nº

TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO

Eu, _____, servidor público Estadual do Poder Judiciário do Estado do Maranhão, cadastrado com matrícula nº _____ e CPF sob o nº _____, declaro para fins de direito, que no momento da contratação do Convênio de Plano de Saúde junto ao SINDJUS-MA, apresento toda a documentação exigida no site do Sindjus-MA (aba Convênios, Planos de Saúde), e tenho ciência que cumprirei carência estipulada pelo plano de Saúde Contratado, e que me foi dado, nesta oportunidade, conhecimento dos termos do contrato e da carência, também disponibilizados no site do Sindjus/MA.

Por ser verdade e dou fé, firmo o presente.

São Luís, MA, _____, _____, _____.

NOME COMPLETO

MATRÍCULA Nº