

Proposta de adesão - Assistência Odontológica

odonto
maxi

ANS 41.958-3

Proposta de adesão número:

Incl. Titular Incl. Dependente
 Titular Cobrança Exclusão

PLANOS:

*Local de atendimento de acordo com o Plano contratado

Maxi III Maxi V Maxi IX Maxi XI
Maxi IV Maxi VI Maxi X Maxi XII

*Campos obrigatórios para validação do cadastro

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

_____ / _____
Local

_____/_____/_____
Data

Assinatura do proponente

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 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

TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO (Adesão)

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 (Exoneração)

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 (Desfiliação)

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 convênio 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 (Licença sem Vencimento)

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