

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