Prezados(as) associados(as)

A ASSENAG está contratando um Plano Odontológico, junto a unimed odonto, para início de vigência em 01/01/2018.

O Plano em questão é Plano Pleno com um rol de cobertura ampliado em relação ás coberturas básicas definidas pela ANS (Agencia Nacional de Saúde). Relação de cobertura em anexo.

O Custo do Plano será de R$ 27,77(Vinte e sete reais e setenta e sete centavos), caso tenhamos mais de 99 vidas cobertas o custo cairá para R$ 25,73(Vinte e cinco reais e setenta e três centavos).

O Plano em questão tem cobertura nacional e em Bauru tem mais de 70 profissionais credenciados.

Este plano tem um prazo de permanência mínima de 12 meses, e não haverá carência para todos os inscritos na sua implantação

Serão aceitos como beneficiários dependentes, cônjuge ou companheiro(a), filhos naturais, adotivos, enteados e cunhados. Também serão aceitos como beneficiários agregados até 3º grau de parentesco consanguíneos e o 2º grau de parentesco por afinidade.

As adesões já estão abertas em nossa sede, aproveitem a isenção de carência fazendo sua adesão até dia 08/12/2017.

Os documentos necessários para a aquisição são: Copias do RG, CPF, comprovante de residente, certidão de casamento ou nascimento e cartão do SUS dos titular e dos dependentes.

Se algum dependente não residir no mesmo endereço, precisamos do comprovante de endereço do mesmo.

Preencher o termo de autorização para adesão ao plano odontológico, que deverá ser preenchido e entregue junto com os documentos.

Este temo de adesão você encontra na sede da Associação (ASSENAG)

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ADESÃO AO PLANO ODONTOLÓGICO

Essencial ( ) Pleno ( )

**Dados do Titular**

Nome: Data de Nascimento: / / RG: CPF: Matrícula: Nº Cartão SUS: Est. Civil: Nome da Mãe: Endereço: Nº: Bairro: Cidade: CEP: Telefone: ( ) E-mail:

**Dependente 1**

Cônjuge/Companheiro Filho(a) Mãe Sogro(a) Irmã(o) Sobrinho(a) Neto(a) Tio(a) Cunhado(a) Nome: Data de Nascimento: / / RG: CPF: Nome da Mãe: Nº Cartão SUS: Est. Civil:

# Dependente 2

Cônjuge/Companheiro Filho(a) Mãe Sogro(a) Irmã(o) Sobrinho(a) Neto(a) Tio(a) Cunhado(a) Nome: Data de Nascimento: / / RG: CPF: Nome da Mãe: Nº Cartão SUS: Est. Civil:

# Dependente 3

Cônjuge/Companheiro Filho(a) Mãe Sogro(a) Irmã(o) Sobrinho(a) Neto(a) Tio(a) Cunhado(a) Nome: Data de Nascimento: / / RG: CPF: Nome da Mãe: Nº Cartão SUS: Est. Civil:

# Dependente 4

Cônjuge/Companheiro Filho(a) Mãe Sogro(a) Irmã(o) Sobrinho(a) Neto(a) Tio(a) Cunhado(a) Nome: Data de Nascimento: / / RG: CPF: Nome da Mãe:

## Nº Cartão SUS: Est. Civil:

**Dependente 5**

Cônjuge/Companheiro Filho(a) Mãe Sogro(a) Irmã(o) Sobrinho(a) Neto(a) Tio(a) Cunhado(a) Nome: Data de Nascimento: / / RG: CPF: Nome da Mãe:

## Nº Cartão SUS: Est. Civil:

**Dependente 6**

Cônjuge/Companheiro Filho(a) Mãe Sogro(a) Irmã(o) Sobrinho(a) Neto(a) Tio(a) Cunhado(a) Nome: Data de Nascimento: / / RG: CPF: Nome da Mãe: Nº Cartão SUS: Est. Civil:

Sirvo-me da presente para AUTORIZAR a Empregadora, Associação ou Sindicato a proceder o desconto do(s) valor(es) devido(s) para minha inclusão, bem como de meu(s) agregados e dependentes acima identificados, no Plano Odontológico operacionalizado pela UNIMED ODONTO S.A., operadora de planos privados de assistência odontológica, com sede à Alameda Ministro Rocha Azevedo, 366 - 4º andar - Cerqueira César - São Paulo/SP, CEP 01410-000, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.414.182/0001-09, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob nº 416801. De outra parte, declaro para todos os fins de direito, estar ciente e de acordo com as seguintes normas para utilização do Plano Odontológico, além daquelas constantes no Manual do Associado, às quais me obrigo, por Mim e por meus Dependentes e/ou Agregados.

1. Os beneficiários Dependente e Agregados devem, obrigatoriamente, estar inscritos no mesmo tipo de Plano Odontológico por mim optado;
2. Havendo a possibilidade, conforme determinação da ASSENAG, de alteração de Plano de Benefícios para outro que ofereça maior ou menor número de eventos cobertos, quaisquer solicitações nesse sentido será estendida, necessariamente, para todo o meu grupo familiar;
3. O valor da taxa mensal individual será reajustado na forma e nas condições determinadas no Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Plano Odontológico, celebrado entre a Empregadora e a UNIMED ODONTO S.A.;
4. Perante a ASSENAG e perante terceiros, sou o(a) único(a) responsável pela correta utilização do Plano Odontológico ora adquirido, respondendo integralmente pelos atos por Mim ou por qualquer de meus Dependentes e/ou Agregados;
5. Em caso de dúvidas sobre o Plano Odontológico, deverei entrar em contato com a UNIMED ODONTO S.A.;
6. Para a aceitação, pela Empregadora, de meu pedido de Exclusão do Plano Odontológico, deverei ter permanecido por um período mínimo de 12 meses, juntamente com o meu grupo familiar no Plano Odontológico escolhido, considerando-se cada um dos integrantes de meu grupo familiar. Estou ciente que, se ao solicitar o cancelamento antes de 12 (doze) meses e se meu grupo familiar tiver utilização, será cobrado a diferença entre o(s) valor(es) da(s) mensalidade(s) faltante(s) do grupo e a utilização;
7. Estou ciente que haverá renovação automática de minha adesão, por período igual, se não houver manifestação, por escrito, das partes em sentido contrário, até 30 (trinta) dias antes do seu vencimento.

Sem mais, subscrevo-me

##  , de de 2018.

ASSINATURA DO TITULAR BENEFICIÁRIO

Sirvo-me da presente para AUTORIZAR a Empregadora, Associação ou Sindicato a proceder o desconto do(s) valor(es) devido(s) para minha inclusão, bem como de meu(s) agregados e dependentes acima identificados, no Plano Odontológico operacionalizado pela UNIMED ODONTO S.A., operadora de planos privados de assistência odontológica, com sede à Alameda Ministro Rocha Azevedo, 366 - 4º andar - Cerqueira César - São Paulo/SP, CEP 01410-000, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.414.182/0001-09, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob nº 416801. De outra parte, declaro para todos os fins de direito, estar ciente e de acordo com as seguintes normas para utilização do Plano Odontológico, além daquelas constantes no Manual do Associado, às quais me obrigo, por Mim e por meus Dependentes e/ou Agregados.

1. Os beneficiários Dependente e Agregados devem, obrigatoriamente, estar inscritos no mesmo tipo de Plano Odontológico por mim optado;
2. Havendo a possibilidade, conforme determinação da ASSENAG, de alteração de Plano de Benefícios para outro que ofereça maior ou menor número de eventos cobertos, quaisquer solicitações nesse sentido será estendida, necessariamente, para todo o meu grupo familiar;
3. O valor da taxa mensal individual será reajustado na forma e nas condições determinadas no Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Plano Odontológico, celebrado entre a Empregadora e a UNIMED ODONTO S.A.;
4. Perante a ASSENAG e perante terceiros, sou o(a) único(a) responsável pela correta utilização do Plano Odontológico ora adquirido, respondendo integralmente pelos atos por Mim ou por qualquer de meus Dependentes e/ou Agregados;
5. Em caso de dúvidas sobre o Plano Odontológico, deverei entrar em contato com a UNIMED ODONTO S.A.;
6. Para a aceitação, pela Empregadora, de meu pedido de Exclusão do Plano Odontológico, deverei ter permanecido por um período mínimo de 12 meses, juntamente com o meu grupo familiar no Plano Odontológico escolhido, considerando-se cada um dos integrantes de meu grupo familiar. Estou ciente que, se ao solicitar o cancelamento antes de 12 (doze) meses e se meu grupo familiar tiver utilização, será cobrado a diferença entre o(s) valor(es) da(s) mensalidade(s) faltante(s) do grupo e a utilização;
7. Estou ciente que haverá renovação automática de minha adesão, por período igual, se não houver manifestação, por escrito, das partes em sentido contrário, até 30 (trinta) dias antes do seu vencimento.

Sem mais, subscrevo-me.

##  , de de 2017.

ASSINATURA DO TITULAR BENEFICIÁRIO