

Proposta de adesão - Assistência Odontológica



Proposta de adesão número:

Incl. Titular Incl. Dependente
 Titular Cobrança Exclusão

PLANOS:

*Local de atendimento de acordo com o Plano contratado

Maxi Plus coletivo - 486.100/20-1 Maxi III - 482.229/19-3 Maxi IX - 482.464/19-4
 Maxi Plus empresarial - 486.099/20-3 Maxi V - 482.227/19-7 Maxi XI - 482.463/19-6

*Campos obrigatórios para validação do cadastro

Empresa* SINDICATO DOS SERVIDORES DO DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRANSITO DO MARANHÃO - SINSDETRAN				Cód. Empresa* 5232023	
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
CPF*		RG	Cartão Nacional de Saúde		
Nome da Mãe *					
Telefone comercial* ()	Telefone residencial* ()	Telefone celular* ()			
02			Nascimento / /	Sexo	Parentesco
CPF*		RG	Cartão Nacional de Saúde		
Nome da Mãe *					
Telefone comercial* ()	Telefone residencial* ()	Telefone celular* ()			
03			Nascimento / /	Sexo	Parentesco
CPF*		RG	Cartão Nacional de Saúde		
Nome da Mãe *					
Telefone comercial* ()	Telefone residencial* ()	Telefone celular* ()			
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 dúvidas 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.
6. Declaro ter ciência que meus dados pessoais serão armazenados no sistema operacional utilizado pela Odontomaxi para garantir atendimento junto a Rede Credenciada e troca de informações junto a Agência Nacional da Saúde e demais órgãos pelo período de cumprimento de obrigações legais.
7. Declaro ter ciência que poderei usufruir dos benefícios, somente após o pagamento da primeira mensalidade.
8. Declaro para todos fins de direito ter ciência e estar de acordo com a POLÍTICA DE PRIVACIDADE da Odontomaxi, disponível no site www.odontomaxi.com.br.

Local

Data

Assinatura do proponente