

Operadora Odontoprev S.A. CNPJ 58.119.199/0001-51 Registro na ANS: 30194-9	Cia 0005	Apólice	Subfatura	Número da Proposta
---	--------------------	---------	-----------	--------------------

Nome da Empresa Contratante/Subcontratante

Código	Sexo 1 - Masc 2 - Fem	Estado Civil (Est. Civil) 1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Viúvo 4 - Separado/Divorciado	Parentesco 1 - Cônjuge 2 - Filho 8 - Outros
--------	--------------------------	--	--

01. Dados do Titular					
Nome			CPF	Sexo	Data de Nascimento
Matrícula Funcional	Data de Admissão	Natureza Identificação (RG, CNH, etc)	Número do Documento	Orgão Expedidor (IFP, CR, etc)	Data de Expedição
Cargo / Profissão			PIS/PASEP	País de Origem (Titular Estrangeiro)	
Dados Adicionais do Titular		Est. Civil (Código)	Data de Início de Vigência	Nome da Mãe	

02. Endereço					
Endereço Completo (Abreviaturas: Rua (R) / Avenida (Av) / Praça (Pca) / Alameda (Al) / Apartamento (Ap) / Bloco (Bl) / Quadra (Qd) / Edifício (Ed))					
Bairro	Cidade			CEP	UF
(DDD) Telefone 1	Ramal	(DDD) Telefone 2	Ramal		

03. Dados do Plano					
Rede	<input type="checkbox"/> Padrão	<input type="checkbox"/> Premium Top	<input type="checkbox"/> Outros	Código do Plano	Código Região
			Nome da Região		

04. Forma de Reembolso das Despesas Ocorridas Fora da Rede Credenciada					
1. Crédito Automático 2. Reembolso através de Cheque 3. Ordem de Pagamento	Banco (Nº)	Agência (Cód/Dig)	Conta (Número)	Tipo de Conta	0 – Conta Corrente Individual 1 – Conta Corrente Conjunta 2 – Conta Poupança Individual 3 – Conta Poupança Conjunta

05. Dados de Angariação					
Código do Angariador na Cia	Código do Corretor na Cia	Data de Angariação	Código da Agência na Cia	Carência	
Cód. do Supervisor na Cia	Cód. do Preposto na Cia				

06. Dependente(s)					
Cód.	Nome do Dependente 01			CPF	Data de Nascimento
1	Data do vínculo (casamento ou união estável ou adoção ou tutela)				
	Preencher conforme código acima	Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe do Dependente 01
Cód.	Nome do Dependente 02			CPF	Data de Nascimento
2	Data do vínculo (casamento ou união estável ou adoção ou tutela)				
	Preencher conforme código acima	Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe do Dependente 02
Cód.	Nome do Dependente 03			CPF	Data de Nascimento
3	Data do vínculo (casamento ou união estável ou adoção ou tutela)				
	Preencher conforme código acima	Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe do Dependente 03
Cód.	Nome do Dependente 04			CPF	Data de Nascimento
4	Data do vínculo (casamento ou união estável ou adoção ou tutela)				
	Preencher conforme código acima	Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe do Dependente 04
Cód.	Nome do Dependente 05			CPF	Data de Nascimento
5	Data do vínculo (casamento ou união estável ou adoção ou tutela)				
	Preencher conforme código acima	Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe do Dependente 05

Local / Data _____ de _____ de _____ Assinatura do Titular _____ Assinatura do Angariador _____

Operadora
Odontoprev S.A.CNPJ
58.119.199/0001-51Registro na ANS:
30194-9**6. Declaração do Beneficiário**

Pelo presente, autorizo a minha inclusão, bem como de meus dependentes no Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica (Plano Coletivo), firmado pelo contratante mencionado, a quem concedo o direito de agir em meu nome e no de meus dependentes, no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas das Condições Gerais do referido Contrato, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato serem encaminhados diretamente ao aludido contratante que, para tal fim, fica investido nos poderes de representação.

Assumo a responsabilidade por todas as declarações feitas neste Termo de Opção, inclusive as que estão impressas.

Estou ciente de que a Operadora poderá utilizar de todos os meios de prova em direito admitidos para elucidar os eventos odontológicos relacionados a este contrato, autorizando o fornecimento das informações necessárias ao dentista indicado pelo Operadora.

Estou ciente, também, de que tanto eu como meus dependentes poderemos ser convocados a qualquer momento, para nos submetermos a exames de auditoria odontológica, em consultórios indicados pela Operadora, sem que eu tenha de arcar com o ônus financeiro desse atendimento, tendo tal convocação o caráter de obrigatoriedade.

Tenho conhecimento de que o Departamento de Recursos Humanos de minha empresa (contratante) está apto a prestar-me esclarecimentos a respeito das Condições Gerais do Contrato, inclusive quanto às regras para utilização do plano, para inclusões fora do prazo, opções de aumento de cobertura, se assim estiverem previstos.

Declaro, ainda, que a presente opção é feita de livre e espontânea vontade, por ser de meu interesse, sem qualquer vinculação com outro produto, serviço ou operação disponibilizados pelo Banco Bradesco S.A e demais sociedades pertencentes ao mesmo grupo econômico, aos seus respectivos clientes e usuários de seus serviços.

Declaro ter conhecimento do inteiro teor das Condições Gerais do Contrato Coletivo, que se encontra em poder do contratante, bem como do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) - Odontológico (anexo).

Local e Data:

, de de

Assinatura do Titular:

Em caso de dúvidas referentes ao plano contratado, entre em contato com a Central de Relacionamento com Cliente pelo telefone 0800 701 2700.

Para elogios, sugestões ou reclamações, ligue para o SAC pelo telefone 0800 727 9966. Encontra-se disponível também uma Central de Atendimento ao Surdo pelo telefone 0800 701 2708.