

TERMO DE ADESÃO UNIODONTO

ODONTOMASTER II – 756

DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

Nome completo		Data de Nascimento:	Sexo	Universidade:
Nome da mãe completo		Nome do pai completo		
CPF	RG	Órgão Emissor	Estado civil	
Endereço residencial		Nº	Complemento	
Bairro	Cidade	CEP	UF	
Telefone Celular:	Telefone Residencial:	E-mail:		

DADOS PARA INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

Dados Usuário Dependente					
1	Nome completo		Grau de depend.	Data de Nasc.	Sexo
	Nome da mãe completo		Nome do pai completo		
	CPF	RG e Órgão Emissor	Estado civil	Telefone:	
Dados Usuário Dependente					
2	Nome completo		Grau de depend.	Data de Nasc.	Sexo
	Nome da mãe completo		Nome do pai completo		
	CPF	RG e Órgão Emissor	Estado civil	Telefone:	
Dados Usuário Dependente					
3	Nome completo		Grau de depend.	Data de Nasc.	Sexo
	Nome da mãe completo		Nome do pai completo		
	CPF	RG e Órgão Emissor	Estado civil	Telefone:	
Dados Usuário Dependente					
4	Nome completo		Grau de depend.	Data de Nasc.	Sexo
	Nome da mãe completo		Nome do pai completo		
	CPF	RG e Órgão Emissor	Estado civil	Telefone:	

DAS INFORMAÇÕES DE PREENCHIMENTO

Para efetivar a inscrição do beneficiário titular e dependente(s), é necessário o preenchimento de todos os campos solicitados no TERMO DE ADESÃO e envio da documentação necessária, conforme requisitos da operadora de saúde.

O plano oferecido é o ODONTOMASTER 756, denominado simplesmente ODONTOMASTER II.

DA ADESÃO E DA DESVINCULAÇÃO AO PLANO ODONTOMASTER II

- A) O BENEFICIÁRIO TITULAR está ciente de que a ADUFRGS-Sindical e UNIODONTO PORTO ALEGRE celebraram contrato de prestação de serviços odontológicos, cujo objeto é a prestação de serviços na área odontológica para os filiados à ADUFRGS-Sindical.
- B) O BENEFICIÁRIO TITULAR confirma que recebeu a informação de que a cópia do contrato firmado entre a ADUFRGS-Sindical e UNIODONTO PORTO ALEGRE encontra-se disponível no site da ADUFRGS-Sindical (www.adufrgs.org.br).
- C) O BENEFICIÁRIO TITULAR compreende e aceita o que está disposto nas cláusulas do PLANO ODONTOMASTER II, e se obriga a cumprir as cláusulas contratuais referentes aos beneficiários e dependentes durante sua adesão.
- D) O BENEFICIÁRIO TITULAR está ciente que a adesão ao plano só é permitida após a conclusão da sua filiação à ADUFRGS-Sindical.
- E) O BENEFICIÁRIO TITULAR está ciente em relação às coberturas constantes no plano, bem como das regras sobre os usuários dependentes.
- F) O atendimento ao BENEFICIÁRIO TITULAR e usuários dependentes cobertos pelo plano somente será possível com a apresentação da carteira de atendimento fornecida pela UNIODONTO PORTO ALEGRE, bem como documento de identificação com foto.
- G) A carteira de atendimento é documento pessoal e intransferível. A utilização indevida por terceiros acarretará as penalidades previstas em lei específica.
- H) Em casos de insuficiência de saldo em conta corrente, o BENEFICIÁRIO TITULAR deverá entrar em contato diretamente com a ADUFRGS-Sindical através do e-mail: convenios@adufrgs.org.br ou telefone (51) 3228 – 1188.

DA VIGÊNCIA DO PLANO

O BENEFICIÁRIO TITULAR está ciente que o plano entrará em vigor de acordo com regra estabelecida pela data corte da operadora de saúde.

DOS PAGAMENTOS

- A) **O pagamento da mensalidade do PLANO ODONTOMASTER II dar-se-á exclusivamente por meio de débito em conta corrente junto ao BANCO DO BRASIL.**
- B) O BENEFICIÁRIO TITULAR está ciente dos valores mensais a pagar pela adesão ao plano, para obter a prestação dos serviços da UNIODONTO PORTO ALEGRE, tanto para o BENEFICIÁRIO TITULAR como para os usuários dependentes.
- C) O débito da mensalidade se dará sempre no dia 05 de cada mês. A importância mensal a ser debitada corresponde à soma dos valores do beneficiário titular e usuários dependentes, conforme o caso.
- D) O BENEFICIÁRIO TITULAR pagará conjuntamente com a mensalidade o percentual de 10% (dez por cento), referente às despesas de administração da ADUFRGS-Sindical para manutenção do plano.
- E) O valor especificado estará sujeito aos reajustes previstos no CONTRATO firmado entre a ADUFRGS-Sindical e UNIODONTO PORTO ALEGRE.
- F) É de inteira responsabilidade do BENEFICIÁRIO TITULAR qualquer despesa efetuada diretamente ou por dependente, que exceda às condições contratadas, bem como por uso indevido das identificações dos credenciados.

O valor mensal será debitado na conta corrente do BENEFICIÁRIO TITULAR abaixo identificada:

BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

A ADUFRGS-Sindical poderá fazer sumariamente o desligamento do BENEFICIÁRIO TITULAR e seus dependentes quando houver atraso no pagamento da mensalidade por mais de um mês, sem necessidade de aviso prévio ou notificação de qualquer espécie. O BENEFICIÁRIO TITULAR está ciente de que a ADUFRGS-Sindical efetua o pagamento da fatura à UNIODONTO independentemente do pagamento da mensalidade pelo BENEFICIÁRIO TITULAR, o que justifica e exclusão imediata em caso de falta de pagamento.

DA ADESÃO

Declaro para os devidos fins, que sou filiado da ADUFRGS-Sindical, que estou ciente das informações sobre atendimento, bem como do pagamento da mensalidade referente à minha vinculação ao PLANO ODONTOMASTER II.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do titular