

A- Dados do Titular

Nome do titular: _____ Sexo M F

RG: _____ Órgão emissor: _____ CPF: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Endereço Residencial: _____ Número e complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____ Telefone: (____) _____ UF:

Mãe do titular: _____

B- Assinale a Opção Desejada

Quero garantir este atendimento para mim. Quero garantir este atendimento para mim e meus dependentes legais. Quero garantir este atendimento para mim, meus dependentes e agregados.

C- Dados dos Demais Dependentes

Beneficiário nº1

Nome: _____ CPF: _____ Sexo M F GP

Data de nascimento: ____/____/____ Nome da mãe do beneficiário: _____ Mensalidade: _____

Beneficiário nº2

Nome: _____ CPF: _____ Sexo M F GP

Data de nascimento: ____/____/____ Nome da mãe do beneficiário: _____ Mensalidade: _____

Beneficiário nº3

Nome: _____ CPF: _____ Sexo M F GP

Data de nascimento: ____/____/____ Nome da mãe do beneficiário: _____ Mensalidade: _____

OBS: Usuários titulares, seus dependentes diretos e agregados deverão ser obrigatoriamente inscritos no mesmo plano. TOTAL: _____

Grau de Parentesco (GP): 1 - Cônjuge | 2 - Filha(o) | 3 - Mãe | 4 - Pai | 6 - Sobrinha(o) | 8 - Neto(a) | 10 - Sogra(a) | 11 - Irmã(o) | 13 - Companheiro(a) | 16 - Genro | 17 - Nora | 21 - Agregado/outros

D- Autorização para Débito em Conta Corrente

Autorizo o desconto mensal em minha conta corrente no valor de R\$ _____ (____) no banco (Bradesco, (Santander, (Itaú, na Agência: _____ Conta Corrente: _____, referente à minha adesão ao Plano Sempre Odonto Especial de acordo com minha opção no campo B.

Declaro estar ciente da necessidade de permanência mínima de 24 (vinte e quatro) meses, e da renovação automática por igual período, caso não haja de minha parte, solicitação formal de suspensão do referido desconto. Declaro ainda, que aceito sem reservas os reajustes contratuais, de acordo com a legislação vigente e assumo integral responsabilidade pelas declarações feitas por mim, livre e espontaneamente.

Local: _____ Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Resumo das Condições contratuais e autorização para cobrança de mensalidade de plano odontológico.

- 1.1- A SEMPRE ODONTO compromete-se a prestar assistência odontológica, para o Usuário Titular, seus dependentes e agregados se inscritos, através de rede de dentistas credenciados.
- 1.2- Os usuários a serem inscritos são limitados aos especificados neste termo e devem ser nomeados formalmente pelo Usuário Titular.
- 1.3- As utilizações estarão liberadas após o recebimento da carteira do usuário que se dará em prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da data de chegada da ficha de adesão do usuário titular, respeitadas as carências contratuais.
- 1.4- A utilização do plano odontológico para fins de urgências odontológicas, estará disponível 24 horas após o cadastramento do usuário na SEMPRE ODONTO.
- 1.5- O Usuário Titular, seus dependentes e agregados, quando solicitados, comprometem-se a realizar exames periciais, em rede indicada pela SEMPRE ODONTO, de modo a cuidar da qualidade dos serviços prestados ou a serem prestados. A não realização de exames periciais por ventura

- solicitados impedirá a continuação de tratamentos em curso, como também o início de novos tratamentos até que o exame solicitado seja realizado.
- 1.6- Caberão ao usuário os custos de taxas mensais de manutenção e de documentação ortodôntica (radiografias e fotografias) necessárias ao planejamento e a confecção dos aparelhos, que deverão ser pagas mensal e diretamente ao profissional assistente, sendo que a primeira mensalidade deverá ser quitada na consulta que se realizar a moldagem e modelagem para confecção do aparelho.
- 1.7- A SEMPRE ODONTO assegurará o reembolso, no limite das obrigações objeto do plano Essencial II, das despesas efetuadas pelo Usuário com a assistência odontológica, exclusivamente nos casos de urgência, quando não for possível a utilização de credenciados da SEMPRE ODONTO, respeitado o âmbito geográfico de abrangência, eventuais carências, estando o reembolso limitado a uma vez o valor da tabela da SEMPRE ODONTO, devendo o Usuário pagar o atendimento diretamente ao dentista, para posterior pedido de reembolso.
- 1.8- O usuário titular tem ciência das condições de utilização, das restrições de coberturas todas descritas no Manual do Usuário e concorda

- integralmente com as mesmas.
- 1.9- O ônus decorrente de falta à consulta odontológica não desmarcada com pelo menos 12 horas de antecedência será de responsabilidade exclusiva do Usuário.
- 1.10- Estão excluídas da cobertura as despesas referentes a: Manutenção e Documentação Ortodôntica, implantes, restaurações realizadas com finalidade exclusivamente estéticas, internações, remoções e quaisquer evento não especificado na cobertura do plano Essencial II
- 1.11- O usuário titular tem ciência e concorda integralmente com as seguintes condições:
 - b) O presente contrato terá a duração de **24(vinte) meses**, contados a partir da data de assinatura deste termo, prorrogando-se automaticamente se não houver aviso prévio e por escrito da parte interessada com no mínimo de 30(trinta) dias de antecedência.
 - c) O Usuário titular por meio deste termo autoriza a cobrança mensal em sua conta corrente nos valores de sua mensalidade, de seus dependentes e agregados, se inscritos, por 24 (vinte e quatro) meses, a favor da CONTRATADA.

O Usuário Titular tem ciência e está de acordo com as seguintes condições:

Ass.: _____