

FICHA CADASTRAL - PLANO ODONTOLÓGICO

Identificação da Cooperativa / Sindicato

Nome

Identificação do proponente

Nome		Data de nascimento		
Filiação (Nome da mãe)	CPF	Sexo	Ec	Idade
Carteira de identidade	PIS/PASEP	Profissão	Renda mensal	
Endereço		Complemento		
Bairro	Cidade	UF	CEP	
Tel	Cel	E-mail		

Identificação dos dependentes

Nome	GP	Data de nascimento		
Filiação (Nome da mãe)	CPF	Sexo	EC	Idade
Nome	GP	Data de nascimento		
Filiação (Nome da mãe)	CPF	Sexo	EC	Idade
Nome	GP	Data de nascimento		
Filiação (Nome da mãe)	CPF	Sexo	EC	Idade
Nome	GP	Data de nascimento		
Filiação (Nome da mãe)	CPF	Sexo	EC	Idade
Nome	GP	Data de nascimento		
Filiação (Nome da mãe)	CPF	Sexo	EC	Idade

Grau de parentesco	Códigos	Sexo	Estado Civil
01-Conjugê 02-Filhos 03-Pai/Mãe 04-Sogro 05-Outros	GP-Grau de Parentesco EC-Estado Civil	M-Masculino F-Feminino	01-Solteiro 02-Casado 03-Viúvo 04-Separado 05-Outros

VALOR DAS MENSALIDADES / RECIBO - O consultor abaixo identificado responsável pela intermediação declara ter recebido o valor do prêmio total.

Titular R\$	Dependente 1 R\$	Dependente 2 R\$	Dependente 3 R\$	Taxa de adesão R\$
Dependente 4 R\$	Outros R\$	Outros R\$	Taxa de Adesão R\$	Taxa de Implantação R\$
<input type="checkbox"/> Dinheiro <input type="checkbox"/> Cheque nº Banco nº C/C Ag		Demais mensalidades <input type="checkbox"/> Boleto Bancário <input type="checkbox"/> Débito em Conta Corrente		Prêmio total R\$

Autorizo a SUPER SAÚDE - CONSULTORIA E GESTÃO DE BENEFÍCIOS, como estipulante do(s) Benefício(s) ora contratado(s), a proceder o débito automático em minha conta corrente bancária, discriminada abaixo, nos valores combinados em contrato.

Nº do Banco	Nome do Banco	Agência	Dígito	Conta Corrente	Dígito
-------------	---------------	---------	--------	----------------	--------

Início dos benefícios 1º de	de 20	Vigência da apólice: Anual com renovação todo mês de
Local e data		Assinatura do responsável

Identificação do consultor

Código	Nome legível	Assinatura
--------	--------------	------------

PELO PRESENTE DECLARO EXPRESSAMENTE:

1- Estar ciente de que minha adesão a este Plano Odontológico Coletivo está impreterivelmente condicionado à quitação da taxa de adesão, taxa de implantação e que o pagamento da 1ª mensalidade, cujo valor está discriminado na frente desta Proposta de Adesão, no ato da assinatura desta proposta de adesão, ocorrerá no dia 30 do mês anterior ao do início da vigência;

2- Estar ciente de que a cobertura deste plano odontológico, é o definido pela data de início de vigência constante na frente desta Proposta de Adesão.

3- Ter conhecimento de que o presente instrumento é uma proposta de adesão a um contrato coletivo de Adesão, estipulado pela SUPER SAÚDE com a UNIODONTO, ANS nº 34.835-0. Tal contrato coletivo destina-se aos cooperados, associados e funcionários das entidades ligadas ao SINDCARJ - SINDICATO DOS MICRO-EMPRESÁRIOS, PROFISSIONAIS LIBERAIS, COMERCIANTES E AUTÔNOMOS DO R.J., sendo administrado pelo próprio estipulante SUPER SAÚDE;

4- Ser esta adesão voluntária e facultativa; reconheço ainda, que optei por minha livre e espontânea vontade por aderir ao presente contrato coletivo, renunciando, neste ato, a contratar um plano individual da UNIODONTO;

5- Ter conhecimento e concordar com a totalidade dos termos das Condições Gerais do presente contrato coletivo por adesão, reconhecendo que recebi os referidos termos através do Manual do Beneficiário, juntamente com esta Proposta de Adesão, incluindo informações sobre o plano pretendido e suas peculiaridades de cobertura, despesas não cobertas, e formas de reajuste;

6- Ter ciência de que minha aceitação e a de meus dependentes está condicionada à aprovação por parte do SUPER SAÚDE, cuja recusa deverá ser apresentada ao proponente titular em até 7 (sete) dias contados a partir da assinatura da presente;

7- Estar ciente de que tenho que quitar a mensalidade de forma integral, seja via boleto bancário ou débito em conta corrente; nesses casos, concordo com a cobrança de tarifa bancária e autorizo, desde já, que seja realizado o referido débito automático na conta corrente discriminada na 1ª via desta proposta de adesão, acrescido de tarifa bancária e, em não ocorrendo a quitação de minha mensalidade seja através de boleto bancário ou por débito automático em conta corrente, deverei dirigir-me ao local indicado no item 13 abaixo, no máximo até o dia 20 (vinte) do mesmo mês, para garantir a manutenção do benefício contratado;

8- Autorizar expressamente à SUPER SAÚDE proceder minha exclusão do referido contrato, juntamente com os meus dependentes inscritos, caso não haja quitação na mensalidade, conforme item 7 acima, uma vez que sou integralmente responsável pelo pagamento mensal, nesse caso, meus direitos e os de meus dependentes à cobertura do presente contrato serão totalmente encerrados no último dia do mês pago. Declaro ainda, ter ciência de eventuais custos devidos a utilizações do presente plano, após a minha exclusão e a de meus dependentes serão passíveis de cobrança, conforme itens 7 e 11;

9- Estar ciente de que as consequências do eventual atraso do pagamento de minha mensalidade diferem daquelas previstas para os contratos individuais;

10- Estar ciente de que, havendo minha exclusão e de meus dependentes, somente poderei reingressar neste contrato após o preenchimento de todos os requisitos; aceitação do SUPER SAÚDE e cumprimento de novas carências, independentemente do período anterior em que pertencemos a este contrato;

11- Estar ciente de que, se houver cancelamento (exclusão) por minha iniciativa ou pelo motivo descrito no item 8 acima, deverei devolver à SUPER SAÚDE meu cartão de identificação do plano odontológico, bem como os cartões dos meus dependentes segurados. A partir do referido

cancelamento, não mais poderemos utilizar o presente plano assumindo todas as responsabilidades civis, criminais e financeiras pelas utilizações indevidas dessa natureza, incluindo a utilização por terceiros, com ou sem meu conhecimento;

12- Outorgar ao estipulante procuração para que o mesmo tenha amplos poderes para representar a mim e a meus dependentes perante operadoras de odontologia, a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, no cumprimento e/ou nas alterações de todas as cláusulas das Condições Gerais, bem como reajustes de preços do presente plano odontológico;

13- Responsabilizar-me por comunicar, por inscrito, à SUPER SAÚDE, investido dos poderes de administração do presente contrato por adesão, situado à Av. Marechal Câmara, 160, Sl 1211 – Centro – Rio de Janeiro – Telefone (21) 2215-5450 – sac@supersaudeconsultoria.com.br toda e qualquer alteração cadastral (inclusão e exclusão de dependentes, etc) principalmente de endereço e/ou conta corrente bancária para débito automático. Todas as consequências de não informação são de minha inteira responsabilidade. Tais alterações terão vigência a partir do mês subsequente;

14- Que, para os devidos fins e efeitos, as informações aqui prestadas são absolutamente verdadeiras e completas; se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor da mensalidade, perderei todo e qualquer direito inerente ao presente contrato coletivo por adesão; e autorizo, desde já, a SUPER SAÚDE e/ou a UNIODONTO, a solicitar a qualquer tempo, documentos comprobatórios referentes a todas as informações declaradas, tais como: comprovante de registro junto a entidade, endereço, comprovação de permanência em planos anteriores, laudos psiquiátricos, prontuários, exames, etc.;

15- Ter ciência de que minha mensalidade citada no item 7 acima poderá sofrer reajuste, com minha total concordância, nas seguintes situações: (1) por mudança de faixa-etária, (2) quando houver desequilíbrio econômico-financeiro do plano, que possa vir a comprometer a manutenção do presente contrato coletivo por adesão, (3) anualmente de acordo com o aumento dos custos dos serviços de assistência odontológica (4) em outras hipóteses, desde que em conformidade com a legislação vigente da época;

16- Ter o direito de desistir da presente proposta de adesão, sem qualquer ônus, desde que tal decisão seja tomada no prazo máximo de 7 (sete) dias, contados a partir da data de assinatura desta proposta; e que, dentro desse prazo, a desistência seja formalizada e encaminhada por escrito à SUPER SAÚDE endereço indicado no item 13 (treze) acima;

17- Ter ciência que o contrato coletivo por adesão estipulado pela SUPER SAÚDE terá a vigência mínima de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de início da vigência dos benefícios na frente desta proposta de adesão;

18- Ter conhecimento que a renúncia do contrato antes do prazo mínimo previsto no item 17 acima, implicará no pagamento de multa rescisória equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam pagas até o término do referido prazo, tendo como base de cálculo para aplicação da multa a média dos três últimos pagamentos.

DECLARO TER LIDO E ESTAR DE ACORDO COM OS ITENS ACIMA, DECLARO AINDA, QUE RECEBI NESTE ATO A CÓPIA DA PROPOSTA DE ADESÃO, DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE E O MANUAL DO BENEFICIÁRIO.

O CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO, A LISTA DE PRESTADORES ODONTOLÓGICOS, SERÃO ENVIADOS PELA SUPER SAÚDE, TÃO LOGO O MEU REGISTRO E DO(S) MEU(S) DEPENDENTE(S) ESTEJA(M) REGULARIZADO(S) JUNTO A OPERADORA.

Local e data

Assinatura do responsável

Plataforma

Código e Nome do consultor

Assinatura