

_____, ____ de ____ de ____.

À

ODONTOPREV S.A.

Avenida Doutor Penteadó de Ulhóa Rodrigues, 939 - andar 13/14,
Edifício Jatobá, Torre II
CEP 06460-040

At.: Departamento de Cadastro

REF.: **Solicitação de Permanência no Plano Odontológico – Formulário D.**

QUADRO PREAMBULAR				
DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR:				
Email:				
Nome Completo:				Sexo: F () M ()
Nacionalidade:	Estado Civil:		Telefone:	
RG:	SSP/___	Data de emissão:	CPF/MF:	
Endereço:			N.º	Complemento:
Bairro:	Município	U.F.	CEP:	
DADOS DA EX-EMPREGADORA:				
Nome completo:			CNPJ/MF:	
Endereço:			N.º	Complemento:
DADOS DO PLANO:				
Tipo de Plano Odontológico:		Período de permanência :		
<input type="checkbox"/> Contributário				
<input type="checkbox"/> Não Contributário				
Taxa Mensal Individual: R\$ _____ (___)				
DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES:				
Nome completo	Parentesco	Sexo	Data de Nascimento	CPF/MF
		F () M ()		
		F () M ()		
		F () M ()		
		F () M ()		

Sirvo-me da presente para SOLICITAR a minha permanência, no Plano Odontológico gerido por V.Sas., conforme me é facultado pelo art. 30, da Lei n.º 9.656/98 e pelas alterações determinadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS através da Resolução Normativa – RN nº 279, de 24/11/2011, e suas atualizações, declarando, para todos os fins de direito, estar ciente e de acordo com o quanto segue:

- Todos os custos referentes ao Plano Odontológico, meu e de meus Dependentes, se houver, ora inscritos, são de minha integral responsabilidade;
- A permanência no Plano é garantida a todo o meu grupo familiar já inscrito no Plano quando da vigência do meu Contrato de Trabalho, devendo neste ato optar pela minha permanência

individual ou com parte de meu grupo familiar, sendo certo que somente novo cônjuge e filhos poderão ser incluídos no decurso de minha permanência.

- c) O valor da taxa mensal individual multiplicado pelo número de beneficiários por mim inscritos será reajustado na forma e condições determinadas no Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde – Plano Odontológico, celebrado entre V.Sas. e a Ex-Empregadora;
- d) Devo informar V.Sas. de forma expressa e com antecedência mínima de 10 (dez) dias úteis do vencimento do próximo boleto bancário, sobre qualquer alteração em meu endereço durante o período de permanência no Plano Odontológico;
- e) O não pagamento de qualquer dos valores devidos em suas respectivas datas de vencimento ensejará o imediato cancelamento, por V.Sas, de todas as inscrições ora efetuadas;
- f) O não recebimento do boleto bancário de que trata o item d, supra, não me exime do pagamento dos valores devidos, razão pela qual deverei entrar em contato com V.Sas. pelo telefone abaixo indicado, para orientações sobre os procedimentos a serem adotados nesse caso;
- g) Os direitos que me são assegurados pela Lei n.º 9.656/98 vigorarão, exclusivamente, pelo **Período de Permanência, o qual foi calculado considerando-se 1/3 (um terço) do período em que contribuí financeiramente para o Plano Odontológico**, respeitados os limites de, no mínimo, 06 (seis) meses e, no máximo, 24 (vinte e quatro) meses;
- h) O período de vigência deste contrato não poderá ser alterado, independente de existirem tratamentos em andamento na data de encerramento do mesmo;
- i) A condição prevista neste termo deixará de existir quando da admissão do beneficiário titular em novo emprego;
- j) Atos de fraude praticados contra V.Sas. que no preenchimento do Quadro Preambular supra, quer na utilização do Plano Odontológico, por mim ou por qualquer de meus Dependentes, darão ensejo ao imediato cancelamento desta solicitação, com a minha consequente exclusão do referido Plano Odontológico, bem como à adoção das medidas judiciais cabíveis, tanto na esfera cível quanto na criminal;
- k) A rescisão do Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde – Plano Odontológico, celebrado entre V.Sas. e a Ex-Empregadora, ensejará o cancelamento de minha inscrição no Plano;
- l) Minha permanência no Plano somente será efetivada se observado o prazo de 30 (trinta) dias, contados da minha ciência dada pela Ex-Empregadora formalizada no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado;
- m) Rasuras e/ou itens não preenchidos de forma clara e correta, tornarão sem validade a presente solicitação, razão pela qual esta solicitação será desconsiderada, e;
- n) Em casos de dúvida quanto ao disposto na presente, bem como no tocante à utilização do Plano Odontológico, deverei entrar em contato com V.Sas. pelo telefone: 08007029000.

Sendo o que me cumpria, subscrevo-me,

Atenciosamente,

Assinatura do Beneficiário Titular

Normas para preenchimento:

Encaminhar a presente correspondência à Odontoprev S.A., no endereço acima indicado, aos cuidados do Departamento de Cadastro.