

Operadora Odontoprev S.A.	CNPJ 58.119.199/0001-51	Registro na ANS: 30194-9	Tipo 3	Cia 005	Contrato	Subfatura
---------------------------	-------------------------	--------------------------	--------	---------	----------	-----------

**Dados do Contratante**

Nome: **Sindicato dos Policiais Civis do Estado do Tocantins – SINPOL/TO**

**1. Dados do Titular**

Nome						Data de nascimento		
CNS (Carteira Nacional de Saúde)		DNV (Declaração de nascido Vivo)		RIC (Registro de Identificação Civil)	Matrícula funcional	CPF	PIS/PASEP	Natureza da Identificação (RGI,CNH, etc)
Nº do Documento		Órgão expedidor	Nome do País Expedidor			Data de Expedição		Data de admissão
Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino	Estado civil	1 - Solteiro 3 - Viúvo 2 - Casado 4 - Outros		Cargo / Ocupação		Matrícula especial	Data de início de vigência
Nome do responsável (se Titular menor de idade)					Nome da Mãe			

**2. Titular Inativo**

Situação	1 - Demitido 2 - Aposentado	Data do Cancelamento	
----------	--------------------------------	----------------------	--

**3. Endereço residencial do titular (para correspondência)**

Logradouro (Rua, Avenida, Praça, etc.) nº e complemento (andar, sala, apto., etc.)

Bairro		Telefone		Cidade		UF	CEP
--------	--	----------	--	--------	--	----	-----

**4. Dados da Conta**

Banco (Nº)	Agência ( Cód/Dig)	Conta (Número/Dígito)	Tipo de conta	0 – Conta Corrente Individual 1 – Conta Corrente Conjunta	2 – Conta Poupança Individual 3 – Conta Poupança Conjunta
------------	--------------------	-----------------------	---------------	--	--

**5. Dados do plano**

Código do Plano		Código da Região		Nome da Região		Código da localidade do livro	
-----------------	--	------------------	--	----------------	--	-------------------------------	--

**6. Dados de angariação** **Legenda para preenchimento do campo "5. Dependentes"**

Cód. angariador na Cia	Data de angariação	Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino	Estado civil 1 – Solteiro 2 – Casado 3 – Viúvo 4 – Outros		Parentesco 1 – Cônjuge 2 – Filho(a) 3 – Mãe 4 – Pai 5 - Sogro 6 - Sogra 7 – Tutelado(a) 8 - Outros		
------------------------	--------------------	---------------------------------------	---	--	--	--	--

**7. Dependentes**

Cód.	Nome do Dependente 01					CPF		Data de nascimento	
01	Mat. Especial de Dependente	Preencher conforme código acima	Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe do Dependente 01			
CNS (Carteira Nacional de Saúde)		DNV (Declaração de Nascido Vivo)			RIC (Registro de Identificação Civil)				
Cód.	Nome do Dependente 02					CPF		Data de nascimento	
02	Mat. Especial de Dependente	Preencher conforme código acima	Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe do Dependente 02			
CNS (Carteira Nacional de Saúde)		DNV (Declaração de Nascido Vivo)			RIC (Registro de Identificação Civil)				
Cód.	Nome do Dependente 03					CPF		Data de nascimento	
03	Mat. Especial de Dependente	Preencher conforme código acima	Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe do Dependente 03			
CNS (Carteira Nacional de Saúde)		DNV (Declaração de Nascido Vivo)			RIC (Registro de Identificação Civil)				
Cód.	Nome do Dependente 04					CPF		Data de nascimento	
04	Mat. Especial de Dependente	Preencher conforme código acima	Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe do Dependente 04			
CNS (Carteira Nacional de Saúde)		DNV (Declaração de Nascido Vivo)			RIC (Registro de Identificação Civil)				

**Observação:**  
São considerados dependentes legais:  
. Cônjuge, companheiro(a) com comprovação legal;  
. Filhos solteiros até 21 anos, 11 meses e 29 dias;  
. Filhos solteiros até 24 anos, 11 meses e 29 dias se universitários e sem rendimentos;  
. Filhos inválidos sem limite de idade, desde que comprovado.

**Inclusão:** O beneficiário – titular ou dependente – incluído no prazo previsto nas condições particulares do contrato estará isento do cumprimento de carência. Para inclusões após esse prazo, deverá cumprir carência de até 180 dias para quaisquer procedimentos, a depender o Plano de Benefícios contratado, exceto para procedimentos em caráter de urgência e/ou emergência, quando não será exigido o cumprimento de qualquer pedido de carência.

**Exclusão:** Feita a opção pelo Plano de Benefícios Odontológicos, os Beneficiários deverão permanecer no Plano, obrigatoriamente, por um período mínimo de 12 (doze) meses contados da data da inclusão no Plano, sob pena da Operadora cobrar da Contratante, a título de cláusula penal, o correspondente ao valor da contribuição mensal per capita ajustada no Contrato, vigente à época da exclusão, multiplicada por 6 (seis). Uma vez excluídos por solicitação, não será permitida a reinclusão no plano odontológico.

**Reinclusão:** Em nenhuma hipótese será permitida a reinclusão de titulares ou dependentes no contrato.

## 8. 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 ser 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 pela Operadora.

Estou ciente, também, de que 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 que 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 seguro/plano contratado, entre em contato com a Central de Relacionamento com Cliente pelo telefone 4004 – 2700 (Capitais e Regiões Metropolitanas) ou 0800 701 2700 (Demais Localidades).

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