



**ANABB**

Associação Nacional  
dos Funcionários do  
Banco do Brasil

ANS - nº 30194-9

## ADESÃO AO PLANO ODONTOLÓGICO

Termo de Opção para o Plano Odontológico - Coletivo por Adesão

Dados da Instituição

Associação Nacional dos Funcionários do Banco do Brasil



Informe aqui seu plano atual

- Integral     Master
- Privilege 10     Privilege 20

Valor Total:

\_\_\_\_\_

Ação

- Alteração para o plano INTEGRAL
- Alteração para o plano MASTER
- Inclusão de dependente
- Exclusão de dependente

Dados do Associado / Beneficiário Titular (importante: os nomes devem ser inseridos por completo, sem abreviações)

Nº Matrícula

\_\_\_\_\_

Nome Completo

\_\_\_\_\_

Data de Nascimento

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo

M  F

Estado Civil

\_\_\_\_\_

RG

\_\_\_\_\_

Órgão Emissor

\_\_\_\_-\_\_\_\_

CPF

\_\_\_\_-\_\_\_\_

Nome completo da Mãe

\_\_\_\_\_

Endereço residencial

\_\_\_\_\_

Complemento

\_\_\_\_\_

Bairro

\_\_\_\_\_

Cidade

\_\_\_\_\_

CEP

\_\_\_\_-\_\_\_\_

UF

\_\_\_\_

E-mail

\_\_\_\_\_

Telefone Residencial

\_\_\_\_\_

Telefone Comercial

\_\_\_\_\_

Celular

\_\_\_\_\_

Dados Bancários:

Banco

\_\_\_\_\_

Agência

\_\_\_\_\_

Conta Corrente

\_\_\_\_\_

**Dados dos Demais Beneficiários Vinculados / Dependentes (sem abreviações)****(importante: somente para menores de 18 anos, será aceita a eventual indicação do RG/CPF do titular)****1.Nome Completo**

Parentesco

Data de Nascimento

 /  / 

Sexo

M  F 

Nome da Mãe

RG

Órgão Emissor

CPF

**2.Nome Completo**

Parentesco

Data de Nascimento

 /  / 

Sexo

M  F 

Nome da Mãe

RG

Órgão Emissor

CPF

**3.Nome Completo**

Parentesco

Data de Nascimento

 /  / 

Sexo

M  F 

Nome da Mãe

RG

Órgão Emissor

CPF

**Termo de Opção para Inclusão no Plano Odontológico - Coletivo por Adesão**

Sirvo-me da presente para AUTORIZAR a Contratante a proceder minha adesão, bem como de meu(s) Dependente(s) indicados nesta página, no Plano Odontológico operacionalizado pela OdontoPrev S.A., empresa com sede na Avenida Marcos Pentead de Ulhôa Rodrigues, nº 939, 13ª andar - Tamboré, Barueri – São Paulo - CEP: 06460-040, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 58.119.199/0001-51, e na ANS sob n.º 301.949.

De outra parte, declaro, para todos os fins de direito, estar ciente e de acordo com as seguintes normas para utilização do Plano Odontológico, além daquelas constantes no Manual do Beneficiário, às quais me obrigo, por mim e por meus Dependentes:

a.) Os Beneficiários Dependentes devem, obrigatoriamente, estar inscritos no mesmo tipo de plano Odontológico por mim optado.

b.) Havendo a possibilidade, conforme a determinação da Contratante, de alteração de Plano de Benefícios para outro que ofereça maior ou menor número de eventos cobertos, quaisquer solicitações nesse sentido serão estendidas, necessariamente, para todo o meu grupo familiar.

c.) Deverei permanecer por um período mínimo de 12 (doze) meses da data da minha inclusão, ou de qualquer de meus Dependentes, no plano Odontológico, não podendo efetuar, nesse período, alteração para plano de menor cobertura.

d.) Tendo permanecido por 12 meses ou mais e solicitado a exclusão, caso no futuro, se desejar retornar, poderei fazê-lo solicitando então a minha inclusão e/ou de meus dependentes no mesmo plano ou em outro, a qualquer tempo, mediante anuência da OdontoPrev S.A. e o cumprimento de novo período de permanência.

e.) O valor da Taxa Mensal Individual será reajustado anualmente com base na sinistralidade do período e na variação do IPC/FIPE.

f.) Perante a Contratante e perante terceiros, sou o (a) único (a) responsável pela correta utilização do Plano Odontológico ora adquirido, respondendo integralmente pelos atos praticados por mim e por qualquer de meus Dependentes.

g.) Declaro ter ciência, previamente à assinatura do presente Termo, quanto o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde – MPS, que está disponível em Condições Gerais e através do link <http://www.odontoprev.com.br/campanha/model/mps.pdf>

h.) Declaro estar ciente e concordar com o valor da mensalidade e critério de reajuste, rol de coberturas e abrangência de atuação deste plano.

i.) Em caso de dúvidas sobre o Plano Odontológico, deverei entrar em contato com a OdontoPrev S.A, por meio do Disque OdontoPrev: 0800-7713455.

j.) Havendo rasuras e/ou preenchimento incompleto do Quadro Preambular supra, a presente solicitação será considerada nula e sem efeito.

k.) Estou ciente de que este Termo deve ser preenchido, assinado e remetido por correio para a ANABB.

DECLARO QUE LI E CONCORDO COM TODO O CONTEÚDO DO TERMO.

Sem mais, subscrevo-me,

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Beneficiário Titular