

# TERMO DE ADESÃO ao CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

## ODONTOMASTER – 755

### DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

Nome completo		Data de Nasc.	Sexo	Sócio ADUFRGS Nº
Nome da mãe completo		Nome do pai completo		
CPF	RG	Órgão Emissor	Estado civil	
Endereço residencial		Nº	Compl.	Bairro
Município	CEP	UF	UNIVERSIDADE:	
Telefone Residencial:	Telefone Comercial:	Telefone Celular:	E-mail:	

### DADOS PARA INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

Dados Usuário Dependente					
1	Nome completo		Grau de depend.	Data de Nasc.	Sexo
	Nome da mãe completo		Nome do pai completo		
	CPF	RG	Órgão Emissor	Telefones: Res. Celular:	
Dados Usuário Dependente					
2	Nome completo		Grau de depend.	Data de Nasc.	Sexo
	Nome da mãe completo		Nome do pai completo		
	CPF	RG	Órgão Emissor	Telefones: Res. Celular:	
Dados Usuário Dependente					
3	Nome completo		Grau de depend.	Data de Nasc.	Sexo
	Nome da mãe completo		Nome do pai completo		
	CPF	RG	Órgão Emissor	Telefones: Res. Celular:	
Dados Usuário Dependente					
4	Nome completo		Grau de depend.	Data de Nasc.	Sexo
	Nome da mãe completo		Nome do pai completo		
	CPF	RG	Órgão Emissor	Telefones: Res. Celular:	
Dados Usuário Dependente					
5	Nome completo		Grau de depend.	Data de Nasc.	Sexo
	Nome da mãe completo		Nome do pai completo		
	CPF	RG	Órgão Emissor	Telefones: Res. Celular:	

## **DAS INFORMAÇÕES DE PREENCHIMENTO**

- Para efetivar a inscrição do beneficiário titular/usuário(s) dependente(s) é necessário o preenchimento de todos os campos solicitados no TERMO DE ADESÃO.

O plano oferecido é o denominado ODONTOMASTER 755, denominado simplesmente ODONTOMASTER.

## **DA ADESÃO E DA DESVINCULAÇÃO AO PLANO ODONTOMASTER**

- A) O BENEFICIÁRIO TITULAR está ciente de que a ADUFRGS-Sindical e UNIODONTO celebraram contrato de prestação de serviços odontológicos (ODONTOMASTER), cujo objeto é a prestação de serviços na área odontológica para os filiados à ADUFRGS-Sindical.
- B) O BENEFICIÁRIO TITULAR confirma que recebeu a informação de que a cópia do contrato firmado entre a ADUFRGS-Sindical e UNIODONTO encontra-se disponível no site da ADUFRGS-Sindical ([www.adufrgs.org.br](http://www.adufrgs.org.br)).
- C) O BENEFICIÁRIO TITULAR aceita tudo o que está disposto nas cláusulas do PLANO ODONTOMASTER, e se obriga a cumprir as cláusulas contratuais referentes aos beneficiários e dependentes durante sua adesão ao PLANO ODONTOMASTER.
- D) O BENEFICIÁRIO TITULAR está ciente em relação às coberturas constantes do PLANO ODONTOMASTER, bem como das regras sobre os usuários dependentes.
- E) O BENEFICIÁRIO TITULAR está ciente dos valores mensais a pagar pela adesão ao PLANO ODONTOMASTER, tanto para o BENEFICIÁRIO TITULAR como para os usuários dependentes.
- F) O valor da taxa mensal individual será reajustado em conformidade com a previsão contratual do instrumento firmado entre a ADUFRGS-Sindical e UNIODONTO.
- G) O atendimento ao BENEFICIÁRIO TITULAR e usuários dependentes cobertos pelo PLANO ODONTOMASTER somente será possível com a apresentação da carteira de atendimento fornecida pela UNIODONTO, bem como documento de identificação com foto.
- H) A carteira de atendimento é documento pessoal e intransferível. A utilização indevida por terceiros acarretará as penalidades previstas em lei específica.
- I) O pagamento da mensalidade do PLANO ODONTOMASTER dar-se-á **exclusivamente** por meio de débito em conta corrente junto ao BANCO DO BRASIL.
- J) Em casos de insuficiência de saldo em conta corrente, o BENEFICIÁRIO TITULAR deverá entrar em contato diretamente com a ADUFRGS-Sindical por meio dos telefones 51 – 3228.11.88 ou 3308.3495 e/ou pessoalmente no endereço da sede administrativa situada na Rua Barão do Amazonas, 1581 – Bairro Jd. Botânico - Porto Alegre – RS.
- K) Ao término da vinculação ao PLANO ODONTOMASTER, o BENEFICIÁRIO TITULAR responsabiliza-se pela devolução da(s) carteira(s) de atendimento emitidas pela UNIODONTO, bem como a dos seus eventuais usuários dependentes.

## **DOS PAGAMENTOS**

Para obter a prestação dos serviços da UNIODONTO, para si e para seus dependentes inscritos, o BENEFICIÁRIO TITULAR obriga-se a pagar à ADUFRGS-Sindical a importância mensal correspondente à soma dos valores do beneficiário titular e usuários dependentes, conforme o caso. O valor especificado estará sujeito aos reajustes previstos no CONTRATO firmado entre a ADUFRGS-Sindical e UNIODONTO. O valor mensal será debitado na conta corrente do BENEFICIÁRIO TITULAR abaixo identificada. O débito da mensalidade se dará sempre no dia 05 de cada mês.

BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

CONTA:

O BENEFICIÁRIO TITULAR pagará conjuntamente com a mensalidade o percentual de 10% (dez por cento), referente às despesas de administração da ADUFRGS-Sindical para manutenção do PLANO ODONTOMASTER. É de inteira responsabilidade do BENEFICIÁRIO TITULAR qualquer despesa efetuada diretamente ou por dependente, que exceda às condições contratadas, bem como por uso indevido das identificações dos credenciados.

A ADUFRGS-Sindical poderá fazer sumariamente o desligamento do BENEFICIÁRIO TITULAR e seus dependentes quando houver atraso no pagamento da mensalidade por mais de um mês, sem necessidade de aviso prévio ou notificação de qualquer espécie. O BENEFICIÁRIO TITULAR está ciente de que a ADUFRGS-Sindical efetua o pagamento da fatura à UNIODONTO independentemente do pagamento da mensalidade pelo BENEFICIÁRIO TITULAR, o que justifica e exclusão imediata em caso de falta de pagamento.

#### **DA ADESÃO**

Declaro para os devidos fins, que sou associado da ADUFRGS-Sindical, que estou ciente das informações sobre atendimento, bem como do pagamento da mensalidade referente à minha vinculação ao PLANO ODONTOMASTER.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do titular