

Empresa	Unidade	Matrícula
---------	---------	-----------

Por este termo de adesão e responsabilidade, solicito minha inclusão e de meus dependentes abaixo relacionados no Plano Odontológico mediante as condições aqui pactuadas, observando, no entanto, as cláusulas contratuais constantes no contrato principal, o qual tomei conhecimento.

## 01. OPÇÃO DE ADESÃO AO PLANO ODONTOLÓGICO

<input type="checkbox"/> <b>Sim.</b> Solicito a minha adesão ao plano odontológico. <input type="checkbox"/> <b>Não tenho</b> interesse em aderir ao plano odontológico.	<b>Usisaúde Dental Empresarial - Nº do registro: 464.767/11-1</b>
---	---

## 02. DADOS DO TITULAR

Nome (completo sem abreviaturas)			
Principal atividade desenvolvida			
CPF	Data nasc. (dd/mm/aaaa)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Est. civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado/Separado <input type="checkbox"/> Solteiro
Naturalidade	Documento de identificação (RG)	Data da expedição	Orgão expedidor IH
Nome da mãe (completo sem abreviaturas)			
Endereço de correspondência / Logradouro (Rua, Avenida, Praça...)			Número
			Complemento
CEP	Bairro	Cidade	UF
Telefone residencial	Telefone comercial	Telefone celular	
Cartão nacional de saúde	E-mail		

## 03. DADOS DOS DEPENDENTES

<b>D 1</b>	Nome completo (sem abreviaturas)			Parentesco	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	CPF	Data nasc.	IH	Est. <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado/Separado <input type="checkbox"/> Solteiro	Data do casamento
	Cartão nacional de saúde	Nome da Mãe (completo, sem abreviaturas)			
	Documento de identificação (RG)	Data da expedição	Orgão expedidor	Declaração de Nascido Vivo	
<b>D 2</b>	Nome completo (sem abreviaturas)			Parentesco	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	CPF	Data nasc.	IH	Est. <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado/Separado <input type="checkbox"/> Solteiro	Data do casamento
	Cartão nacional de saúde	Nome da Mãe (completo, sem abreviaturas)			
	Documento de identificação (RG)	Data da expedição	Orgão expedidor	Declaração de Nascido Vivo	
<b>D 3</b>	Nome completo (sem abreviaturas)			Parentesco	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	CPF	Data nasc.	IH	Est. <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado/Separado <input type="checkbox"/> Solteiro	Data do casamento
	Cartão nacional de saúde	Nome da Mãe (completo, sem abreviaturas)			
	Documento de identificação (RG)	Data da expedição	Orgão expedidor	Declaração de Nascido Vivo	

Documentos para adesão/inclusão de empregado: **1.** Registro do Empregado (RE) ou cópia do Contrato de Trabalho; **2.** Cópia do CPF do empregado. Documentos para adesão/inclusão de Dependentes (Cópias): **1.** Certidão de casamento ou união estável; **2.** RG, Certidão de nascimento ou termo de guarda provisória; **3.** CPF dos dependentes maiores de 18 anos. **Observações:** O campo DNV (Declaração de Nascido Vivo) é obrigatório para os dependentes nascidos a partir de janeiro de 2010. Este formulário deverá ser enviado à Usisaúde pelo e-mail: usisaudecadastro@usiminas.com.

### Estou ciente das seguintes informações referentes às condições contratuais:

- O plano contratado, Usisaúde Dental, oferece cobertura odontológica, conforme o rol de procedimentos da ANS;
- A área de cobertura do plano para atendimento eletivo é Minas Gerais, conforme apresentado na guia da rede credenciada Usisaúde;
- Recebemos pessoalmente do vendedor as informações; além disso, todas as dúvidas por nós manifestadas, foram esclarecidas de forma eficiente, tanto que estamos firmando a presente contratação;
- Lemos e tomamos ciência do conteúdo efetivo de todas as cláusulas do contrato aos quais se refere esta proposta de adesão, bem como dos produtos.

<b>Plano Odontológico • Coparticipação de</b>	<b>nos procedimentos</b>
<b>Valor Unitário:</b>	

Assinatura do Empregado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, de 20\_\_\_\_\_. Assinatura da empresa: \_\_\_\_\_

Caso o número de dependentes seja maior que quatro (4), utilizar outro formulário e preencher apenas os campos: Nome do funcionário e dados do(s) dependente(s) / agregados(s).