

Proposta de Adesão

Plano de Assistência Odontológica Individual/Familiar

ORALE
Planos de Assistência Odontológica

| | | |
|---|---|--|
| PLANOS POP 1 fratello REG. ANS Nº 487702201 R\$ <input type="text"/> 2 fundamentale REG. ANS Nº 487696202 R\$ <input type="text"/> | PLANOS PREMIUM 3 persona REG. ANS Nº 487695204 R\$ <input type="text"/> 4 personale REG. ANS Nº 487694206 R\$ <input type="text"/> 5 ortodontia REG. ANS Nº 487693208 R\$ <input type="text"/> | PLANOS EXCLUSIVOS 6 impianto REG. ANS Nº 487701202 R\$ <input type="text"/> 7 felice REG. ANS Nº 487700204 R\$ <input type="text"/> |
|---|---|--|

O titular proponente, abaixo assinado, propõe a inclusão em contrato de prestação de serviço de assistência odontológica comercializado pela ORALE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA, CNPJ 03.990.914/0001-35, ANS nº 41299-6, conforme opção escolhida:

Titular | Plano escolhido: 1 Fratello 2 Fundamentale 3 Persona 4 Personale 5 Ortodontia 6 Impianto 7 Felice

NOME COMPLETO

DATA DE NASCIMENTO SEXO F M RG CPF

ENDEREÇO Nº COMPLEMENTO

BAIRRO CIDADE UF CEP

TEL. RESIDENCIAL (DDD + NÚMERO) TEL. COMERCIAL (DDD + NÚMERO) TEL. CELULAR (DDD + NÚMERO) EMAIL

NOME COMPLETO DA MÃE

Autorizo o envio de mensagens eletrônicas enviadas pela Orale (sms e email).
A Orale não compartilhará informações do seu cadastro com terceiros, exceto com a ANS, por determinação da Lei 9.656/98 e das Resoluções Normativas definidas pela agência reguladora (ANS).

Dependente 1 | Plano escolhido: 1 Fratello 2 Fundamentale 3 Persona 4 Personale 5 Ortodontia 6 Impianto 7 Felice

NOME COMPLETO

DATA DE NASCIMENTO SEXO F M CPF PARENTESCO

NOME COMPLETO DA MÃE

Dependente 2 | Plano escolhido: 1 Fratello 2 Fundamentale 3 Persona 4 Personale 5 Ortodontia 6 Impianto 7 Felice

NOME COMPLETO

DATA DE NASCIMENTO SEXO F M CPF PARENTESCO

NOME COMPLETO DA MÃE

Dependente 3 | Plano escolhido: 1 Fratello 2 Fundamentale 3 Persona 4 Personale 5 Ortodontia 6 Impianto 7 Felice

NOME COMPLETO

DATA DE NASCIMENTO SEXO F M CPF PARENTESCO

NOME COMPLETO DA MÃE

VALORES

| | | |
|--|--|---|
| A) TITULAR R\$ <input type="text"/> | B) DEPENDENTES R\$ <input type="text"/> | C) VALOR MENSAL TOTAL (A+B) R\$ <input type="text"/> |
|--|--|---|

FORMAS DE PAGAMENTO

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cartão de Crédito (PREENCHER AUTORIZAÇÃO) | <input type="checkbox"/> Averbação (SERVIDOR PÚBLICO) |
| <input type="checkbox"/> Débito em Conta (PREENCHER AUTORIZAÇÃO) | <input type="checkbox"/> Boleto Bancário (ESCOLHA O VENCIMENTO) <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 15 <input type="radio"/> 25 |

REPRESENTANTE COMERCIAL

Declaro ter conhecimento e ter recebido cópia dos termos do contrato de assistência odontológica da Orale, aceitando-o sem restrições. Assumo a responsabilidade pelas informações preenchidas por mim, de forma livre e espontânea, nesta proposta de adesão, bem como pelo pagamento dos valores estipulados, durante a vigência do contrato.

Local e Data Assinatura do titular

ANS nº: 41299-6

ORALE PLANOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA. AV. ANITA GARIBALDI, 1133, S.1204, ONDINA, SALVADOR/BA. | 0800 603 8002 | ORALE.COM.BR