

## PROPOSTA DE ADESÃO

Plano Odontológico Individual/Familiar

**PLANOS POP**

<b>1</b> <b>vita</b> REG. ANS Nº 490.780/21-9	R\$	<b>3</b> <b>agile</b> REG. ANS Nº 490.781/21-7	R\$	<b>5</b> <b>allegro</b> REG. ANS Nº 490.782/21-5	R\$
<b>2</b> <b>fratello</b> REG. ANS Nº 487.702/20-1	R\$	<b>4</b> <b>buono</b> REG. ANS Nº 487.696/20-2	R\$		

**PLANOS PREMIUM**

<b>6</b> <b>persona</b> REG. ANS Nº 487.695/20-4	R\$	<b>8</b> <b>ortodontia</b> REG. ANS Nº 487.693/20-8	R\$	<b>10</b> <b>impianto</b> REG. ANS Nº 487.701/20-2	R\$
<b>7</b> <b>personale</b> REG. ANS Nº 487.694/20-6	R\$	<b>9</b> <b>allineare</b> REG. ANS Nº 493.210/22-2	R\$	<b>11</b> <b>bello</b> REG. ANS Nº 495.283/23-9	R\$

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:

**PLANOS POP** **1** **2** **3** **4** **5** | **PLANOS PREMIUM** **6** **7** **8** **9** **10** **11**

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:

**PLANOS POP** **1** **2** **3** **4** **5** | **PLANOS PREMIUM** **6** **7** **8** **9** **10** **11**

NOME COMPLETO

DATA DE NASCIMENTO SEXO  F  M CPF PARENTESCO

NOME COMPLETO DA MÃE

**Dependente 2** | Plano escolhido:

**PLANOS POP** **1** **2** **3** **4** **5** | **PLANOS PREMIUM** **6** **7** **8** **9** **10** **11**

NOME COMPLETO

DATA DE NASCIMENTO SEXO  F  M CPF PARENTESCO

NOME COMPLETO DA MÃE

### VALORES

A) TITULAR	B) DEPENDENTES	C) VALOR MENSAL TOTAL (A+B)
R\$	R\$	R\$

### FORMAS DE PAGAMENTO

Cartão de Crédito  Averbação SERVIDOR PÚBLICO

Débito em Conta

### DATA DE VENCIMENTO

5  10  15

20  25  30

REPRESENTANTE COMERCIAL

Autorização da averbação em desconto em folha de pagamento, débito em conta ou cartão de crédito. O(a) titular proponente abaixo assinado (a), autoriza a averbação para desconto mensal em folha de pagamento, debitar em conta corrente ou debitar em cartão de crédito, em favor da ORALE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA, o valor acima estabelecido, sujeito aos reajustes de acordo com a lei, a partir desta data, renováveis automaticamente, por prazo indeterminado, sem necessidade de solicitação expressa do contratante. Caso a averbação dos débitos descritos seja rejeitada por qualquer motivo, o titular autoriza a cobrança via boleto.

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 proponente