

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:

Nome da Empresa

Titular | Plano contratado:

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 contratado:

NOME COMPLETO

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

 F M

CPF

PARENTESCO

NOME COMPLETO DA MÃE

Dependente 2 | Plano contratado:

NOME COMPLETO

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

 F M

CPF

PARENTESCO

NOME COMPLETO DA MÃE

Dependente 3 | Plano contratado:

NOME COMPLETO

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

 F M

CPF

PARENTESCO

NOME COMPLETO DA MÃE

VALORES

A) TITULAR (VALOR MENSAL)

B) DEPENDENTES (VALOR MENSAL)

C) VALOR MENSAL TOTAL (A+B)

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO DEPARTAMENTO PESSOAL DA EMPRESA

Declaro serem verdadeiras as informações fornecidas neste formulário, o meu interesse pelo Plano de Assistência Odontológica administrado pela ORALE, a minha concordância com os Termos Contratuais do Plano e autorizo a cobrança do valor do plano conforme opção escolhida acima.

Local e Data

Assinatura do titular