

# Proposta de opção ao plano odontológico



- Termo de Adesão/Inclusão
- Termo de Adesão de dependente(s)
- Termo de Alteração de plano
- Termo de exclusão de dependente(s)
- Termo de Exclusão do Titular e(ou) grupo familiar

## Dados da empresa

Nome da empresa (matriz)

ASSOCIAÇÃO DOS EMPREGADOS DO SESI DO ESTADO DE SÃO PAULO

CNPJ (matriz)

11.473.205/0001-00

Indique aqui o plano contratado e o valor mensal de investimento por beneficiário.

- FIRST R\$ 22,73
- GOLD R\$ 26,71
- GOLD DMO R\$ 70,86 (ANTIGO SPECIAL)
- PLATINUN R\$ 63,44
- DIAMOND R\$ 109,08

## Dados do beneficiário titular

(Todos os campos são de preenchimento obrigatório, não usar abreviações nos nomes. CPF obrigatório para titular)

Nome completo sem abreviação

Data de nascimento

Telefone

CPF

Estado civil

NIF:

RG

Data de expedição

Órgão emissor

País emissor (RG)

Data Admissão

Nº Cartão Nacional de Saúde

Cargo / Atividade principal

Endereço

Nº

Complemento

Bairro

Cidade

CEP

Sexo

Masc.  Fem.

Nome da mãe (Completo sem abreviação)

(\* Se o beneficiário Dependente tiver endereço diferente do Titular, favor solicitar outro Termo de Opção para preenchimento de seu endereço completo.

## Dados dos beneficiários dependentes / Agregados

(Todos os campos são de preenchimento obrigatório, não usar abreviações nos nomes. CPF obrigatório para titular)

1. Nome completo sem abreviação

CPF

Data de nascimento

Sexo

Masc.  Fem.

Parentesco:  Cônjuge/Companheiro  Filho(a)

Enteado(a)  Pai  Mãe  Sogro  Sogra

Nome da mãe (Completo sem abreviação)

2. Nome completo sem abreviação		CPF
---------------------------------	--	-----

Data de nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Parentesco: <input type="checkbox"/> Cônjuge/Companheiro <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Enteadado(a) <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Sogro <input type="checkbox"/> Sogra
--------------------	--	---

Nome da mãe (Completo sem abreviação)

---

3. Nome completo sem abreviação		CPF
---------------------------------	--	-----

Data de nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Parentesco: <input type="checkbox"/> Cônjuge/Companheiro <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Enteadado(a) <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Sogro <input type="checkbox"/> Sogra
--------------------	--	---

Nome da mãe (Completo sem abreviação)

---

### Condições gerais

Pela presente, autorizo a CONTRATANTE a proceder mensalmente o desconto do valor total contratado diretamente da minha folha de pagamento, a fim de permitir minha inclusão, bem como de meu(s) Dependente(s)/Agregado(s) indicados neste Termo de Opção, no Plano Odontológico operacionalizado pela MetLife Planos Odontológicos Ltda, sediada em São Paulo, na Rua Flórida, 1595, 5º andar, CEP 04. 565-001, Brooklin Novo, São Paulo, SP, inscrita no CNPJ sob nº 03.273.825/0001-78 e na ANS sob nº 40648-1. De outra parte, declaro, para todos os fins de direito, ter recebido o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual - GLC, e estar ciente e de acordo com as seguintes normas para utilização do Plano Odontológico, as quais me obrigo, por mim e por meu(s) Dependente(s) /Agregado(s): I. Os Beneficiários Dependente(s)/Agregado(s) devem obrigatoriamente, participar do mesmo tipo de Plano Odontológico escolhido pelo Titular. II. Por se tratar de um Plano Exclusivamente Odontológico de Contratação Coletiva, conforme normas setoriais, o valor mensal contratado por pessoa será reajustado na forma e nas condições determinadas no Contrato de Plano de Assistência Odontológica celebrado entre a CONTRATANTE e a MetLife. III. O Beneficiário fica obrigado, sempre que necessário, a atender a convocação para realização de auditorias clínicas iniciais e/ou finais, de acordo com as normas técnicas da MetLife, em data a ser determinada de acordo com as necessidades e disponibilidades do paciente e do profissional, sem perder o direito de utilizar os serviços. VI. O **Beneficiário** também será excluído: (a) em caso de rescisão do Contrato de Plano de Assistência Odontológica celebrado entre a **CONTRATANTE** e a **MetLife**; (b) quando o titular perder o vínculo com a **CONTRATANTE** e consequentemente com a MetLife, e no caso de dependente e agregado, quando perder o vínculo de dependência com o titular, ressalvada a hipótese de o beneficiário titular preencher os requisitos para permanecer no plano de acordo com a Resolução Normativa 279/11 publicada pela ANS; (c) quando devidamente comprovada a fraude em documento ou informação pertinentes à utilização dos serviços contratados; (d) quando ocorrer óbito do Beneficiário, devendo ser enviada cópia de documento comprobatório à **MetLife**. Os dados fornecidos na presente proposta / termo serão armazenados pelo **Grupo MetLife**, incluindo as suas subsidiárias e afiliadas. Declaro que conheço e concordo com a Política de Privacidade da MetLife disponível no site: [www.metlife.com.br](http://www.metlife.com.br).

Local e data	Assinatura do titular	Rubrica
--------------	-----------------------	---------

**ANS Nº 406481**

[metlife.com.br](http://metlife.com.br)

Produtos registrados junto à ANS provido por METLIFE PLANOS ODONTOLÓGICOS LTDA, empresa inscrita no CNPJ/MF sob o nº 03.273.825/0001-78, com inscrição Estadual/SP nº ISENTA, registrada no CRO-SP sob nº 6191 e na ANS sob o nº 40648-1, classificada como operadora na ANS na modalidade Odontologia de Grupo, com cobertura de todos os procedimentos estabelecidos pelo Rol mínimo da Agência Nacional de Saúde (ANS). Resp Tec: Luís Danilo Bronzatto Maurício CROSP 40.364. Restrições se aplicam. Consulte, previamente a contratação, as Condições Gerais do Produto disponíveis no site da MetLife.

