

Operadora Odontoprev S.A. CNPJ 58.119.199/0001-51 Registro na ANS: 30194-9	Cia <b>005</b>	Apólice <b>719414</b>	Subfatura <b>1</b>	Número da Proposta <b>433920</b>
-------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	--------------------------	-----------------------	-------------------------------------

Nome da Empresa Contratante/Subcontratante

**R E M TURISMO E HOTELARIA LTDA**

Código	Sexo 1 - Masc 2 - Fem	Estado Civil (Est. Civil) 1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Viúvo 4 - Separado/Divorciado	Parentesco 1 - Cônjuge 2 - Filho 8 - Outros
--------	--------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------

**01. Dados do Titular**

Nome <b>ALBERTO SILVA FILHO</b>		CPF <b>87109743500</b>	Sexo <b>1</b>	Data Nascimento <b>01/08/1977</b>	CNS (Carteira Nacional saúde) <b>701402626342539</b>
DNV (Declaração de Nascido Vivo)	RIC (Registro de Identificação Civil)	Matrícula Funcional	Data de Admissão	Natureza Identificação (RG, CNH, etc)	Número do Documento
Orgão Expedidor (IFP, CR, etc)		Data de Expedição		Cód. (uso da Cia)	
Cargo / Profissão		PIS/PASEP		País de Origem (proponente/titular Estrangeiro)	
Dados Adicionais do Titular	Est. Civil (Código) <b>2</b>	Data de Início de Vigência	Nome da Mãe <b>MARIA JOSE SANTOS</b>		

**02. Titular Inativo**

Situação	1 - Demitido 2 - Aposentado	Data do Cancelamento
----------	--------------------------------	----------------------

**03. Endereço**

Endereço Completo (Abreviaturas: Rua (R) / Avenida (Av) / Praça (Pca) / Alameda (Al) / Apartamento (Ap) / Bloco (Bl) / Quadra (Qd) / Edifício (Ed))

Bairro	Cidade	CEP	UF
(DDD) Telefone 1	Ramal	(DDD) Telefone 2	Ramal

**04. Dados do Plano**

Rede	<input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Premium Top <input type="checkbox"/> Outros	Código do Plano	Código Região	Nome da Região
------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------	---------------	----------------

**05. Forma de Reembolso das Despesas Ocorridas Fora da Rede Credenciada**

1. Crédito Automático	Banco Nº	Agência (Cod. / Dig.)	Conta Nº	Tipo de Conta	0 - Conta Corrente Individual 1 - Conta Corrente Conjunta
2. Ordem de Pagamento (somente agência Bradesco)					2 - Conta Poupança Individual 3 - Conta Poupança Conjunta

**06. Dados de Angariação**

Código do Angariador na Cia	Código do Corretor na Cia	Data de Angariação	Código da Agência na Cia	Carência
Cód. do Supervisor na Cia	Cód. do Preposto na Cia			

**07. Dependente(s)**

Cód.	Nome do Dependente 01 <b>ANDRÉA DE SOUZA BISPO SILVA</b>		CPF <b>917.393.655-34</b>	Data de Nascimento <b>06/05/1976</b>
	Data do vínculo (casamento ou união estável ou adoção ou tutela)			
1	Preencher conforme código acima	Sexo <b>2</b>	Est. Civil <b>2</b>	Parentesco <b>1</b>
	Nome da Mãe do Dependente 01 <b>MARLENE PRISCO DE SOUZA</b>			
	CNS (Carteira Nacional de saúde)	DNV (Declaração de Nascido Vivo)	RIC (Registro de Identificação Civil) <b>849813778</b>	
Cód.	Nome do Dependente 02		CPF	Data de Nascimento
	Data do vínculo (casamento ou união estável ou adoção ou tutela)			
2	Preencher conforme código acima	Sexo	Est. Civil	Parentesco
	Nome da Mãe do Dependente 02			
	CNS (Carteira Nacional de saúde)	DNV (Declaração de Nascido Vivo)	RIC (Registro de Identificação Civil)	
Cód.	Nome do Dependente 03		CPF	Data de Nascimento
	Data do vínculo (casamento ou união estável ou adoção ou tutela)			
3	Preencher conforme código acima	Sexo	Est. Civil	Parentesco
	Nome da Mãe do Dependente 03			
	CNS (Carteira Nacional de saúde)	DNV (Declaração de Nascido Vivo)	RIC (Registro de Identificação Civil)	
Cód.	Nome do Dependente 04		CPF	Data de Nascimento
	Data do vínculo (casamento ou união estável ou adoção ou tutela)			
4	Preencher conforme código acima	Sexo	Est. Civil	Parentesco
	Nome da Mãe do Dependente 04			
	CNS (Carteira Nacional de saúde)	DNV (Declaração de Nascido Vivo)	RIC (Registro de Identificação Civil)	

**ILHÉUS-BA**
**01 de Fevereiro de 19**
**Local / Data**
**OUTUBRO/2013**

Assinatura do Titular

Pág. 1 / 2



Assinatura de Angariador  
**Alberto Silva Filho**  
Administrador Geral  
0623  
VIP CLUB SI  
R M TURISMO



Operadora  
Odontoprev S.A.CNPJ  
58.119.199/0001-51Registro na ANS:  
30194-9**8. Declaração do Beneficiário**

Pelo presente, autorizo a minha inclusão, bem como de meus dependentes no Contrato de Operação de Plano Privado de Assistência Odontológica (Plano Coletivo), firmado pelo contratante mencionado, a quem concedo o direito de agir em meu nome e no de meus dependentes, no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas das Condições Gerais do referido Contrato, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato serem encaminhados diretamente ao aludido contratante que, para tal fim, fica investido nos poderes de representação.

Assumo a responsabilidade por todas as declarações feitas neste Termo de Opção, inclusive as que estão impressas.

Estou ciente de que a Operadora poderá utilizar de todos os meios de prova em direito admitidos para elucidar os eventos odontológicos relacionados a este contrato, autorizando o fornecimento das informações necessárias ao dentista indicado pela Operadora.

Estou ciente, também, de que tanto eu como meus dependentes poderemos ser convocados a qualquer momento, para nos submetermos a exames de auditoria odontológica, em consultórios indicados pela Operadora, sem que eu tenha de arcar com o ônus financeiro desse atendimento, tendo tal convocação o caráter de obrigatoriedade.

Tenho conhecimento de que o Departamento de Recursos Humanos de minha empresa (contratante) está apto a prestar-me esclarecimentos a respeito das Condições Gerais do Contrato, inclusive quanto às regras para utilização do plano, para inclusões fora do prazo, opções de aumento de cobertura, se assim estiverem previstos.

Declaro, ainda, que a presente opção é feita de livre e espontânea vontade, por ser de meu interesse, sem qualquer vinculação com outro produto, serviço ou operação disponibilizados pelo Banco Bradesco S.A e demais sociedades pertencentes ao mesmo grupo econômico, aos seus respectivos clientes e usuários de seus serviços.

Declaro ter conhecimento do inteiro teor das Condições Gerais do Contrato Coletivo, que se encontra em poder do contratante, bem como do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) - Odontológico (anexo).

Local e Data:

ILHÉUS-BA , 01 de Fevereiro de 2019

Assinatura do Titular:

Em caso de dúvidas referentes ao seguro/plano contratado, entre em contato com a Central de Relacionamento com Cliente pelo telefone 4004 – 2700 (Capitais e Regiões Metropolitanas) ou 0800 701 2700 (Demais Localidades).

Para elogios, sugestões ou reclamações, ligue para o SAC pelo telefone 0800 727 9966. Encontra-se disponível também uma Central de Atendimento ao Surdo pelo telefone 0800 701 2708.