



PROPOSTA DE ADESÃO AO
PLANO ODONTOLÓGICO ABET

Central de Atendimento 0800 111 777 - 2ª a 6ª das 08h as 18h, exceto feriados www.abet.com.br
Av. Brigadeiro Luis Antônio 2608 - CEP: 01402-000 - São Paulo (SP) CNPJ: 63.089.205/0001-05

Para uso da ABET
CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO

Como o (a) Sr.(a) conheceu o Odonto ABET?

() ABET Informa () Portal ABET () RH Empresa () E-mail/ Mala direta () Comercial/TMKT () Feiras
() Folhetos/Folder () Indicação () Outros, especificar:

ASSOCIADO TITULAR OU ASSOCIADO REFERENCIAL DA ABET

O Associado Titular/Pensionista ou Associado Referencial da ABET é o responsável em última instância por todos os beneficiários por ele inscritos.

1 NOME DO ASSOCIADO TITULAR/PENSIONISTA OU ASSOCIADO REFERENCIAL DA ABET	1.1 ASSINATURA DO ASSOCIADO
1.2 CÓDIGO ABET (VERIFIQUE NA FRENTE DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DE ASSOCIADO DA ABET - COR AZUL)	

BENEFICIÁRIO TITULAR DO PLANO ODONTOLÓGICO ABET

IMPORTANTE
1) Preencher uma Proposta de Adesão, sem rasuras e sem abreviações, para cada Beneficiário Titular a ser inscrito no plano. O Beneficiário Titular ou Resp. Legal será responsável pelo pagamento das mensalidades e eventuais repasses de utilização referentes a si próprio e a seus Beneficiários inscritos no plano.
2) O Beneficiário Titular/Resp. Legal*** deverá assinar o campo **DECLARAÇÃO**.

2 NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR A SER INSCRITO NO PLANO ODONTOLÓGICO		2.1 CÓDIGO DO PLANO (VIDE TABELA DE PREÇOS)		
2.2 Nº CERTIDÃO NASCIDO VIVO*		2.3 Nº CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (SUS)		
2.4 Nº REGISTRO NA ANS (VIDE TABELA DE PREÇOS)	2.5 DT DE NASCIMENTO	2.6 SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	2.7 ESTADO CIVIL	2.8 RG / ORGÃO EXPEDIDOR
2.9 CPF	2.10 PIS PASEP (NA FALTA DO CPF)	2.11 Nº BANCO	2.12 Nº AGÊNCIA	2.13 Nº DA CONTA CORRENTE
2.14 ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA E COBRANÇA		2.15 Nº	2.16 COMPLEMENTO	
2.17 CIDADE	2.18 UF	2.19 CEP	2.20 TEL RESIDENCIAL ()	2.21 TEL CELULAR ()
2.22 PARENTESCO DO BENEF. EM RELAÇÃO AO ASSOCIADO DA ABET		2.23 E-MAIL		2.24 NOME DA MÃE DO BENEFICIÁRIO TITULAR
2.25 FORMA DE COBRANÇA <input type="checkbox"/> A MESMA DO ASSOCIADO TITULAR/PENSIONISTA/REFERENCIAL <input type="checkbox"/> BOLETO INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> FOLHA DE PAGAMENTO				

NO CASO DO BENEFICIÁRIO TITULAR SER MENOR DE 18 ANOS PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO COM OS DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL

3 NOME DO RESP. LEGAL						
3.1 RG / ÓRGÃO EXPEDIDOR		3.2 CPF		3.3 PIS PASEP (NA FALTA DO CPF)		
(Para uso da ABET) DATA INÍCIO DA VIGÊNCIA / CONTAGEM DE CARÊNCIAS	CARÊNCIAS					
	PLANOS: ESPECIAL E EXECUTIVO		PLANO EXECUTIVO			
	ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	24 horas	PROCEDIMENTOS PROGRAMADOS	90 dias	PRÓTESES	180 dias

BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

4 NOME DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE		4.1 CÓDIGO DO PLANO (VIDE TABELA DE PREÇOS)				
4.2 Nº CERTIDÃO NASCIDO VIVO*		4.3 Nº CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (SUS)				
4.4 Nº REGISTRO NA ANS (VIDE TABELA DE PREÇOS)	4.5 DT DE NASCIMENTO	4.6 SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	4.7 ESTADO CIVIL	4.8 RG / ORG. EXPEDIDOR		
4.9 CPF	4.10 PIS PASEP (NA FALTA DO CPF)		4.11 PARENTESCO DO BENEFICIÁRIO EM RELAÇÃO AO ASSOCIADO DA ABET			
4.12 NOME DA MÃE DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE						
4.13 E-MAIL		4.14 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE				
(Para uso da ABET) DATA INÍCIO DA VIGÊNCIA / CONTAGEM DE CARÊNCIAS	CARÊNCIAS					
	PLANOS: ESPECIAL E EXECUTIVO		PLANO EXECUTIVO			
	ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	24 horas	PROCEDIMENTOS PROGRAMADOS	90 dias	PRÓTESES	180 dias

5 NOME DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE		5.1 CÓDIGO DO PLANO (VIDE TABELA DE PREÇOS)				
5.2 Nº CERTIDÃO NASCIDO VIVO*		5.3 Nº CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (SUS)				
5.4 Nº REGISTRO NA ANS (VIDE TABELA DE PREÇOS)	5.5 DT DE NASCIMENTO	5.6 SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	5.7 ESTADO CIVIL	5.8 RG / ORG. EXPEDIDOR		
5.9 CPF	5.10 PIS PASEP (NA FALTA DO CPF)		5.11 PARENTESCO DO BENEFICIÁRIO EM RELAÇÃO AO ASSOCIADO DA ABET			
5.12 NOME DA MÃE DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE						
5.13 E-MAIL		5.14 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE				
(Para uso da ABET) DATA INÍCIO DA VIGÊNCIA / CONTAGEM DE CARÊNCIAS	CARENCIAS					
	PLANOS: ESPECIAL E EXECUTIVO		PLANO EXECUTIVO			
	ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	24 horas	PROCEDIMENTOS PROGRAMADOS	90 dias	PRÓTESES	180 dias

6 NOME DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE				6.1 CÓDIGO DO PLANO (VIDE TABELA DE PREÇOS)			
6.2 Nº CERTIDÃO NASCIDO VIVO*				6.3 Nº CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (SUS)			
6.4 Nº REGISTRO NA ANS (VIDE TABELA DE PREÇOS)		6.5 DT DE NASCIMENTO	6.6 SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	6.7 ESTADO CIVIL		6.8 RG / ORG. EXPEDIDOR	
6.9 CPF		6.10 PIS PASEP (NA FALTA DO CPF)		6.11 PARENTESCO DO BENEFICIÁRIO EM RELAÇÃO AO ASSOCIADO DA ABET			
6.12 NOME DA MÃE DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE							
6.13 E-MAIL				6.14 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE			
(Para uso da ABET) DATA INÍCIO DA VIGÊNCIA / CONTAGEM DE CARÊNCIAS		CARÊNCIAS					
		PLANOS: ESPECIAL E EXECUTIVO				PLANO EXECUTIVO	
		ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA		24 horas	PROCEDIMENTOS PROGRAMADOS		90 dias
7 NOME DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE				7.1 CÓDIGO DO PLANO (VIDE TABELA DE PREÇOS)			
7.2 Nº CERTIDÃO NASCIDO VIVO*				7.3 Nº CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (SUS)			
7.4 Nº REGISTRO NA ANS (VIDE TABELA DE PREÇOS)		7.5 DT DE NASCIMENTO	7.6 SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	7.7 ESTADO CIVIL		7.8 RG / ORG. EXPEDIDOR	
7.9 CPF		7.10 PIS PASEP (NA FALTA DO CPF)		7.11 PARENTESCO DO BENEFICIÁRIO EM RELAÇÃO AO ASSOCIADO DA ABET			
7.12 NOME DA MÃE DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE							
7.13 E-MAIL				7.14 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO DEPENDENTE			
(Para uso da ABET) DATA INÍCIO DA VIGÊNCIA / CONTAGEM DE CARÊNCIAS		CARÊNCIAS					
		PLANOS: ESPECIAL E EXECUTIVO				PLANO EXECUTIVO	
		ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA		24 horas	PROCEDIMENTOS PROGRAMADOS		90 dias
*Preencher para nascidos a partir de 01/01/2010.							
--- DECLARAÇÃO ---							
<p>Declaro para os devidos fins de direito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - que as informações ora prestadas, no verso e anverso desta Proposta, sob pena de incorrer nos termos previstos nos artigos 171 e 299 do Código Penal, bem como nos artigos Civil e 187 do Código Civil. - que recebi e li antecipadamente o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde. - que recebi com a presente o Guia de leitura Contratual e a íntegra da última edição do Regulamento do Plano, com ele concordando, sem ressalvas ou reservas, especialmente quanto às condições gerais, prazos de carências, área de cobertura geográfica e a limitação da cobertura assistencial vinculada ao Rol de Procedimentos editado pela ANS, declarando o pleno conhecimento, assumindo integral responsabilidade por esta declaração, a qual assino por livre e espontânea vontade. - estar ciente de que o Regulamento do Plano poderá ser alterado a qualquer tempo, sempre de acordo com a legislação pertinente, a critério da ABET. - que autorizo minha empregadora a efetuar descontos em folha de pagamento, ou a ABET a encaminhar a cobrança via boleto bancário/débito automático da importância correspondente às mensalidades e todas as demais despesas efetuadas por mim e meus dependentes, as quais reconheço como dívida líquida e certa devida à Associação Brasileira dos Empregados em Telecomunicações . - reconhecer desde já todos os valores que vierem a constituir obrigação de pagar a partir da presente adesão, nos termos do Regulamento do Plano, tais como taxa de adesão, mensalidades ou multa, quando aplicável, como dívida líquida e certa. - estar ciente de que a exclusão do plano não quita débitos existentes, que serão cobrados oportunamente. - estar ciente de que no regulamento do plano consta a data base(mês) de reajuste do mesmo. - estar ciente de que se o Associado Titular ou Associado Referencial, ou associado Pensionista perder a sua condição de associado da ABET, por qualquer motivo, os beneficiários do plano serão excluídos automaticamente, exceto nos casos de falecimento, quando serão observadas as condições do item XVI do Regulamento do Plano. - estar ciente de que após ter sido incluído no Plano, o prazo mínimo de permanência nele será de 12 (doze) meses, contados a partir da data de vigência no Plano, sendo renovado automaticamente, sempre que não houver comunicação formal solicitando o cancelamento. - estar ciente de que o cancelamento do plano antes do término do período mínimo de permanência de 12 meses implicará em multa de 20% sobre o valor total das mensalidades faltantes. - estar ciente de que o beneficiário excluído do plano, por qualquer motivo, poderá nele reingressar somente 1 (uma) vez, desde que preencha as condições de admissão, mediante o pagamento de uma nova taxa de adesão e o cumprimento de 100% de carências, nos termos do Regulamento do plano. - estar ciente de que com a entrega da proposta de adesão ao Plano ODONTOABET, em caso de portabilidade de carência, extingue o meu vínculo com o plano de origem, desde que a proposta de adesão seja efetivada junto à ABET. - estar ciente de que em caso de portabilidade de carências para outra operadora, a ABET somente efetivará o cancelamento do Plano, quando for notificada e receber cópia da proposta de adesão do plano de destino assinada pelo beneficiário. - estar ciente de que receberei em até 10 dias após o cadastramento: o boleto bancário com a taxa de adesão e a primeira mensalidade, e em até 10 dias após o pagamento, receberei a cópia desta Proposta de Adesão, Regulamento, Guia de Leitura Contratual e Carteira de Identificação do Plano ODONTOABET (cor amarela). - estar ciente de que os atendimentos de urgência e emergência podem ser realizados sem autorização prévia da ABET, bastando apresentação da carteira de identificação do plano e do documento de identidade do beneficiário. - Na hipótese de substituição de estabelecimento de saúde não hospitalar, a ABET divulgará as substituições havidas na rede assistencial, em seu Portal www.abet.com.br e Central de Atendimento 0800.111.777. 							
As informações ora prestadas são consideradas sigilosas, e tratadas pela ABET de forma confidencial.							
8. ASSINATURA BENEF. TITULAR/RESP. LEGAL ***						8.1 DATA	
PAV - CASO VOCÊ TENHA SIDO INDICADO POR ALGUM ASSOCIADO DA ABET, PEÇA PARA QUE ELE PREENCHA OS CAMPOS ABAIXO NÃO SE APLICA AO ASSOCIADO REFERENCIAL							
9 NOME DO ASSOCIADO DA ABET							
9.1 CÓDIGO ABET (VERIFIQUE NA FRENTE DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DE ASSOCIADO DA ABET - COR AZUL)							
9.2 CPF		9.3 Nº BANCO		9.4 Nº AGÊNCIA		9.5 Nº DA CONTA CORRENTE	
PARA USO DA ABET							
Nº ATENDIMENTO		DAC-CAD - DATA E APROVAÇÃO DA ABET				OBS - DAC-CAD	