

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, a partir desta data, estou aderindo ao plano odontológico Dentalprev Assistência Odontológica Ltda., através de minha empresa _____ estou ciente que deverei respeitar as cláusulas contratuais e resoluções impostas por esta empresa, na forma que segue:

1 - Estou Ciente que a permanência no Plano Odontológico pelo período de 19 meses, ficando responsável pelo pagamento das respectivas mensalidades, conforme tabela abaixo:

| | Titular | Dependente | DentalPrev Júnior 0 à 12 anos |
|-------------|----------------|-------------------|--|
| Taxa Adesão | R\$ 5,00 | R\$ 5,00 | R\$ 5,00 |
| Mensalidade | R\$ 19,80 | R\$ 19,80 | R\$ 18,70 |

2 - Estou ciente de que eu e meus beneficiários passaremos a ter direito de usufruir os serviços prestados pela CONTRATADA, após o cumprimento dos prazos de carência conforme anexo I do contrato I.

3 - Estou ciente de que é de minha obrigação apresentar cópia da documentação necessária para adesão ao Plano ouro. São eles: cópia CPF; Cópia do RG; cópia do comprovante de renda redigida por próprio punho ou declaração da empresa; cópia de comprovante de residência e para menores de idade cópia da certidão de nascimento.

4 - Estou ciente de que quando utilizar de serviços não cobertos integralmente pelo presente plano, terei que pagar a co-participação de 50% no pagamento dos procedimentos conforme contrato.

5 - Estou ciente de que todo e qualquer atendimento, far-se-á mediante apresentação da carteira de identificação de associado, expedida pela CONTRATADA, acompanhada de um documento de identidade, no dia e hora marcados previamente junto ao profissional responsável pelo atendimento.

6 - Estou ciente de que as mensalidades serão corrigidas anualmente pela variação do IGPM (Índice Geral de Preços de Mercado) da FGV (Fundação Getúlio Vargas), tendo como data base a da assinatura do contrato de parceria firmado entre a Dentalprev e a contratante.

7 - Estou ciente de que este contrato terá prazo mínimo de 19 (Dezenove) meses a partir da data de sua assinatura, devido aos custos iniciais a serem despendidos pela CONTRATADA, sendo que cumprido o prazo mínimo, o mesmo se torna por prazo indeterminado.

8 - Estou ciente que em caso decida pela exclusão do plano, minha ou dos meus dependentes, antes do prazo contratual especificado no item anterior, autorizo a DentalPrev Assistência a realizar o levantamento dos valores correspondentes aos tratamentos realizados, conforme tabela da ABO (Associação Brasileira de Odontologia) e dos pagamentos realizados a DentalPrev Assistência, sendo que na hipótese dos valores utilizados serem maiores do que os valores pagos durante o período que permanecer no plano, estou ciente de que será cobrado a diferença apurada ou a cláusula penal prevista no contrato de 19 (dezenove) mensalidades, para cancelamento do mesmo.

9 - Estou ciente que caso a exclusão se dê por motivo de rescisão de contrato de trabalho junto ao meu empregador, motivada ou não, declaro estar ciente de que o procedimento será o mesmo do item acima, sendo que ainda poderei optar pela permanência no convênio através de elaboração de contrato particular e pagamento das mensalidades diretamente a Dentalprev, onde serão aproveitados os prazos de carência e isenção da taxa de adesão.

10 - Estou ciente que a partir do recebimento das carteiras de identificação no Convênio, assumo inteira responsabilidade por sua utilização e, em caso de furto ou extravio devo informar imediatamente a empresa para que esta possa comunicar a DentalPrev num período de 24 horas, assumindo as despesas decorrentes da emissão da 2ª via do cartão (R\$ 5,00 cinco reais).

Assinatura do Responsável Empresa
CNPJ

Assinatura do Titular
CPF