

TERMO DE ADESÃO ASMUBE

Opções de planos: Plano Servidor Total Plano Co-participação

Fica assim determinado que a (s) pessoa (s) abaixo fará (ão) parte do plano escolhido. Assim este termo dará os direitos e deveres citados em contrato assim assinado entre as partes, sendo a contratada Central Odontológica de Betim Ltda., e a contratante Prefeitura Municipal de Betim, a saber:

I – O preço: Na assinatura deste termo de adesão o titular fica responsável pelo desconto em sua folha de pagamento dos seguintes custos:

() Valor Plano Co-participação:

1ª Taxa de Adesão: R\$ 3,80 (três reais e oitenta centavos) per capta – parcela única
2ª Mensalidade (per capta):
Co-participação (Titular)- R\$5,80 (cinco reais e oitenta centavos) por pessoa;
Co-participação (Dependentes) - (cinco reais e oitenta centavos) por pessoa;
Co-participação (Agregados)- (cinco reais e oitenta centavos) por pessoa.

Além do valor da mensalidade será descontado em folha, os 50% por cento dos valores referente a co-participação do paciente nos tratamentos realizados. O valor da co-participação que não for possível ser desconto em folha, **será emitido boleto bancário em nome do titular.**

() Valor Plano Total:

1ª Taxa de Adesão: R\$ 3,80 (três reais e oitenta centavos) per capta – parcela única
2ª Mensalidade (per capta):
Modular Básico referência jurídica (Titular)- R\$ 13,80 (treze reais e oitenta centavos) por pessoa;
Modular Básico referência (Dependente até 12 anos)- R\$ 7,00 (sete reais) por pessoa;
Modular Básico referência (Dependente acima de 12 anos)- R\$ 13,80 (treze reais e oitenta centavos) por pessoa;
Modular Básico referência (agregado)- R\$ 13,80 (treze reais e oitenta centavos) por pessoa;

II – Da Vigência: o presente termo terá duração mínima de 12 (doze meses) contados a partir de sua adesão.

III – Do cancelamento: o cancelamento do termo só poderá ser efetuado após 12 (doze) meses, contados a partir da data de sua adesão, sendo que, quando em tratamento, o beneficiário só poderá ser cancelado após 06 (seis) meses do término do mesmo. Caso os 06 (seis) meses não ultrapassem os 12 (doze) meses de vigência do termo, permanecerá o prazo de sua vigência para cancelamento.

IV – Dos beneficiários:

Nome do Titular: _____ N.º do PIS: _____ Profissão: _____

_____ Data Nasc.: ___/___/___ CPF: _____ CI: _____

Filiação: Pai: _____

Mãe: _____

Rua/Avenida: _____ N.º ____, __ andar, Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Matrícula: _____ Secretária: _____ Tel: _____ Tel. Cel.: _____

Dependentes:

1) _____ Dt. Nasc.: ___/___/___ Valor: _____

CPF.: _____ Nome da Mãe: _____

2) _____ Dt. Nasc.: ___/___/___ Valor: _____

CPF.: _____ Nome da Mãe: _____

3) _____ Dt. Nasc.: ___/___/___ Valor: _____

CPF.: _____ Nome da Mãe: _____

4) _____ Dt. Nasc.: ___/___/___ Valor: _____

CPF.: _____ Nome da Mãe: _____

5) _____ Dt. Nasc.: ___/___/___ Valor: _____

CPF.: _____ Nome da Mãe: _____

Data: ___/___/___ O valor total do desconto em folha no 1º mês R\$ _____

O valor total das mensalidades menos o valor da co-participação nos tratamentos realizados R\$ _____

Assinatura do Titular

Central Odontológica de Betim Ltda.