

TIPO DE ADESÃO:

☐ Migração de Operadora ☐ Inicial ☐ Alteração de Plano ☐ Inclusão de Dependente

DADOS DO PROPONENTE TITULAR

Nome:				Data de Nascimento:	
CPF:		Sexo: ☐ M ☐ F	SIAPE:		
RG:			Órgão Emissor:		
Nome da Mãe:					
Endereço de Correspondência: (Rua, Avenida, Praça, Etc)					Nº:
Compl.: (Apto, Bl, Etc)	Bairro:	CEP:	Cidade:	UF:	
Estado civil:					
Tel:		Tel:		Tel:	
E-mail:					

DADOS DO(S) BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTE(S)

Nome: [Dependente 01]					
Nome da Mãe:					Parentesco:
Data de Nascimento:	Sexo: ☐ M ☐ F	Estado Civil:	CPF:	RG:	
Nome: [Dependente 02]					
Nome da Mãe:					Parentesco:
Data de Nascimento:	Sexo: ☐ M ☐ F	Estado Civil:	CPF:	RG:	
Nome: [Dependente 03]					
Nome da Mãe:					Parentesco:
Data de Nascimento:	Sexo: ☐ M ☐ F	Estado Civil:	CPF:	RG:	
Nome: [Dependente 04]					
Nome da Mãe:					Parentesco:
Data de Nascimento:	Sexo: ☐ M ☐ F	Estado Civil:	CPF:	RG:	

PLANOS E FORMA DE PAGAMENTO

Plano Escolhido:

☐ Integral R\$ _____ por beneficiário
☐ Superior R\$ _____ por beneficiário
☐ Master R\$ _____ por beneficiário

Forma de Pagamento:

Boleto Bancário / Vencimento todo dia 05 do mês posterior

Sirvo-me do presente para AUTORIZAR a Mapma Administradora de Benefícios Ltda, empresa com sede no Município do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, na Rua Rodrigo Silva, nº 26/14º andar, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 11.055.313/0001-63 e ANS sob o nº 41756-4 a proceder a minha adesão, bem como de meu (s) dependente (s) especificados na relação de beneficiários a que este acompanha, ao Contrato de Plano Odontológico Coletivo por Adesão operacionalizado pela OdontoPrev S.A., empresa com sede no Município de Barueri, Estado de São Paulo, na Alameda Tocantins, 125 – 15º andar, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 58.119.199/0001-51 e na ANS sob o nº 30194-9, contrato que passarei (emos) a integrar. De outra parte, declaro, para todos os fins de direito, estar ciente e de acordo com as normas, e, particularmente, às de utilização do Plano Odontológico, às quais me obrigo, por mim e por meus dependentes, observando as seguintes condições:

- a) Os Beneficiários Dependentes devem, obrigatoriamente, estar inscritos no mesmo tipo de Plano Odontológico por mim optado;
- b) Havendo a possibilidade de alteração de plano no aniversário do contrato para outro que ofereça maior ou menor número de eventos cobertos, as migrações serão estendidas, necessariamente, para todo o meu grupo familiar;
- c) Para aceitação, pela Mapma Administradora de Benefícios, do meu pedido de alteração do Plano Odontológico vigente para outro que tenha maior número de eventos cobertos ou para outro que tenha menor número de eventos cobertos, deverei ter permanecido no plano vigente por um período mínimo de 12 (doze) meses;
- d) Caso venha a ocorrer minha exclusão ou de alguns dos meus dependentes dentro do período de 12 (doze) meses contados a partir da data da adesão, a Mapma Administradora de Benefícios Ltda, poderá, à título de penalização, cobrar o correspondente ao (s) valor (es) da(s) mensalidade(s) per capita dos excluídos, multiplicada (s) cada uma por 6 (seis). Se no futuro eu vier a ter interesse na minha inclusão e dos meus dependentes, estou ciente que deverei ter anuência da aceitação da Mapma Administradora de Benefícios Ltda e da OdontoPrev S.A, submetendo-me a novo período de carência;
- e) Perante a Mapma Administradora de Benefícios Ltda e perante a terceiros, sou o (a) único (a) responsável pelo pagamento e a correta utilização do Plano Odontológico ora aderido, respondendo integralmente pelos meus atos praticados por mim e por meus dependentes;
- f) Declaro ter total entendimento que os valores pactuados regem-se pelo sistema de pós-pagamento mensal, ou seja, a cobertura será oferecida e o pagamento do plano deverá ser realizado até o dia 05 do mês posterior, independente de minha utilização e/ou do (s) meu (s) dependente (s). O reajuste da mensalidade do plano, o qual será obrigatoriamente comunicado à ANS na forma da legislação vigente, ocorrerá para todos os beneficiários no mês de JUNHO, independente de minha data de adesão, e nas condições determinadas no Contrato de Assistência Odontológica, celebrado entre a Mapma Administradora de Benefícios e a Odontoprev S.A.;
- g) A segunda via do boleto pode ser retirada em nosso site até a data de vencimento, sem juros: www.mapma.com.br, ou solicitada no e-mail faleconosco@mapma.com.br e telefones 2102-1312 / 0800 025 1312;
- h) Declaro ter recebido previamente à assinatura do presente Termo, o Manual de Orientação para Contratação de Plano Dental – MPS obrigatoriamente comunicado à ANS na forma da legislação;
- i) Havendo rasuras e/ou preenchimento incompleto neste TERMO DE ADESÃO, a presente solicitação será considerada nula e sem efeito;
- j) Tenho ciência de que as substituições/alterações na rede assistencial da operadora estarão disponíveis no Portal da OdontoPrev S.A;
- k) Estou ciente que a falta de pagamento na data do seu vencimento acarretará multa compensatória de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal do benefício e acréscimo de juros de 6% (seis por cento) ao mês. Os dias de atraso do pagamento de uma ou mais mensalidades são cumulativos e quando esse total atingir 60 (sessenta) dias, corridos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, será procedida a exclusão unilateral do plano, nos termos do art. 13, II, da Lei 9.656/98 desde que o beneficiário titular seja comprovadamente notificado até o 50º (quinquagésimo) dia de inadimplência;
- l) A permanência em inadimplência, de acordo com o art. 43 do Código de Defesa do Consumidor e com o art. 160, I, da Lei nº 3071/16, permitem à Mapma Administradora de Benefícios Ltda a adotar medidas para cobrança dos valores pendentes à partir de 30 (trinta) dias, incluindo os dados do beneficiário titular ou do responsável pelo pagamento das mensalidades nos órgãos de proteção ao crédito (SPC/SERASA);
- m) Poderei postular nova adesão ao benefício, mediante aceitação pela Administradora de Benefícios, quitação de eventuais débitos anteriores e cumprimento de novos prazos de carência, independentemente do período anterior em que permaneci no contrato.

Local e Data: _____/_____/_____

Início da Vigência: ____/____/20____

Nome Legível e Assinatura do Atendente:

Assinatura do Beneficiário Titular

ANS - n.º 30194-9

Consentimento para o Tratamento de Dados Pessoais do Titular

Participo que, na condição de Titular dos Dados ou de seu representante legal, estou de acordo que a Mapma Administradora de Benefícios Ltda, nas atribuições de operadora, colete os meus dados pessoais sensíveis com a única finalidade de possibilitar a contratação de planos de saúde e/ou odontológicos da operadora com a qual esses dados serão compartilhados na condição de controladora, sendo desta a responsabilidade de armazená-los enquanto vigorar o plano de saúde e/ou odontológico e de descartá-los ao término da vigência.

O Titular ou seu representante legal poderá revogar seu consentimento a qualquer tempo, por intermédio do e-mail encarregadolgpd@mapma.com.br.

No caso de cancelamento do plano de saúde e/ou odontológico por inadimplência, os dados pessoais do Titular serão compartilhados com o órgão de proteção ao crédito SERASA e com empresa prestadora de serviço de cobrança.

Fundamento Legal do Termo de Consentimento: Artigo 5º, inciso XII, da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), o qual estabelece que o consentimento é uma “manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o Titular ou seu responsável legal concorda com o tratamento de seus dados pessoais para uma finalidade determinada”.

Local e data

Assinatura do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)