

Declaro para os devidos fins que:

Nome do titular: _____,

Número do CPF: _____, Data de nascimento : ____/____/____, no CEP _____,

Nome da mãe: _____, contratei o Plano Odontológico

Odonto Eskala, da Operadora Odontológica Sempre Odonto, registrado na ANS sob o nº nº 41465-4, para os meus dependentes abaixo indicados:

Dependente 1

Nome _____

Data de nascimento: ____/____/____ Nome da mãe _____

Dependente 2

Nome _____

Data de nascimento: ____/____/____ Nome da mãe _____

Dependente 3

Nome _____

Data de nascimento: ____/____/____ Nome da mãe _____

Dependente 4

Nome _____

Data de nascimento: ____/____/____ Nome da mãe _____

Declaração do Contratante/Beneficiários Titular

1. Declaro que todas as informações prestadas neste Termo de Adesão para esta contratação são verdadeiras e completas.

2. Declaro que li e compreendi todo o conteúdo das Condições Gerais do Plano, Guia de Leitura Contratual e o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e informações sobre os Tipos de Contratação, conforme anexo da RN nº 432/2017. Fui informado que todos os documentos apresentados estão disponíveis para "download" no site <https://www.sempreodonto.com.br/eskalaodonto/condicoesgerais.pdf>.

3. Declaro estar ciente das coberturas oferecidas pelo plano odontológico e que estão de acordo com o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS.

4. Declaro estar ciente de que as movimentações da Rede Credenciada estão disponíveis no site [sempreodonto.com.br/eskalaodonto](https://www.sempreodonto.com.br/eskalaodonto) ou na Central de Atendimento do Eskala Odonto, e o número do telefone consta no cartão de identificação digital

5. Autorizo o débito no meu cartão de crédito para pagamento do plano Odontológico Eskala Odonto e estou ciente que caso venha modificar o número do meu cartão ora informado nesta ocasião, deverei comunicar a Central de Atendimento do Eskala Odonto, e o número está no cartão de identificação digital. Caso não seja informado, o meu plano será cancelado por inadimplência e estará sujeito multa, se ocorrer em prazo menor que 12 (doze) meses da contratação.

6. O Contratante reconhece e concorda que a adesão do plano odontológico foi confirmada e consentida através da inserção de um token único recebido no telefone celular do Contratante. O token foi utilizado como um método de verificação de identidade e de consentimento do Contratante para as condições e termos estabelecidos neste contrato.

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____

Nome do Beneficiário Titular:

Assinatura do Titular

SAC Odonto Eskala (11) 4861.2434 (21) 3172.9500 Demais localidades: 3003.9420	WhatsApp (11) 4861.2434	Carteirinha Digital disponível no app Odonto Eskala  	Rede Credenciada de Dentistas e Clínicas você encontra pelo site: sempreodonto.com.br/odontoeskala pelo: App Odonto Eskala
SOS Odonto 24h Serviço 0800 de Urgência Em caso de dor de dente, ligue: 0800 748 7848 Atenção! Esse telefone é exclusivo para dor de dente.	Site Odonto Eskala sempreodonto.com.br/odontoeskala Aqui você encontra tudo sobre o seu plano odontológico.	Chat Odonto Eskala www.sempreodonto.com.br Mais uma opção para você estar sempre em contato.	Você está concorrendo a 4 sorteios mensais de R\$2.500,00. Consulte o regulamento e o número da sorte no site: sempreodonto.com.br/odontoeskala