

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ADESÃO AO PLANO ODONTOLÓGICO



Dados para contratação Titular:

Empresa: _____
Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Estado Civil: Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a) Viúvo(a)
Matricula (Registro do Empregado): _____ CPF: _____
Nome da mãe: _____ Sexo: F M
Telefones: () _____ - _____ () _____ - _____ Email: _____

Plano para adesão: PLENO – R\$ 33,00 PLENO TOP – R\$140,00

Dados para contratação de dependente

Dependente 1:

Cônjuge/Companheiro (a) Filho (a) Pai Mãe Sogro (a) Irmã (o) Sobrinho (a) Neto (a) Agregado (a)

Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: F M CPF: _____
Nome da mãe: _____

Dependente 2:

Cônjuge/Companheiro (a) Filho (a) Pai Mãe Sogro (a) Irmã (o) Sobrinho (a) Neto (a) Agregado (a)

Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: F M CPF: _____
Nome da mãe: _____

Dependente 3:

Cônjuge/Companheiro (a) Filho (a) Pai Mãe Sogro (a) Irmã (o) Sobrinho (a) Neto (a) Agregado (a)

Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: F M CPF: _____
Nome da mãe: _____

Dependente 4:

Cônjuge/Companheiro (a) Filho (a) Pai Mãe Sogro (a) Irmã (o) Sobrinho (a) Neto (a) Agregado (a)

Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: F M CPF: _____
Nome da mãe: _____

Dependente 5:

Cônjuge/Companheiro (a) Filho (a) Pai Mãe Sogro (a) Irmã (o) Sobrinho (a) Neto (a) Agregado (a)

Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: F M CPF: _____
Nome da mãe: _____

Sirvo-me da presente para AUTORIZAR a Empregadora, a proceder o desconto do(s) valor(es) devido(s) para minha inclusão, bem como de meu(s) dependentes acima identificados, no Plano Odontológico operacionalizado pela UNIMED ODONTO S.A., operadora de planos privados de assistência odontológica com sede à Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346 – 4º andar - Cerqueira César - Cidade São Paulo/SP - CEP 01410-000, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.414.182/0001-09 registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - sob o nº 416801. De outra parte, declaro para todos os fins de direito, estar ciente e de acordo com as seguintes normas para utilização do Plano Odontológico:

- Os beneficiários Dependentes e os Agregados devem, obrigatoriamente, estar inscritos no mesmo tipo de Plano Odontológico por mim optado.
- Havendo a possibilidade, conforme determinação da Empregadora, de alteração de Plano de Benefícios para outro que ofereça maior ou menor número de eventos cobertos, quaisquer solicitações nesse sentido será estendida, necessariamente, para todo o meu grupo familiar.
- O valor da Taxa Mensal Individual será reajustado na forma e nas condições determinadas no Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Plano Odontológico, celebrado entre a Empregadora e a UNIMED ODONTO S.A..
- Perante a Empregadora e perante terceiros, sou o (a) único (a) responsável pela correta utilização do Plano Odontológico ora adquirido, respondendo integralmente pelos atos por mim ou por qualquer de meus Dependentes e/ou Agregados.
- Em caso de dúvidas sobre o Plano Odontológico, deverei entrar em contato com a TENDA CORRETORA - (62) 3290-1756.
- Estou ciente que haverá renovação automática de minha adesão, por período igual, se não houver manifestação, por escrito, das partes em sentido contrário, até 30 (trinta) dias antes de seu vencimento.

_____, _____ de _____ de 20____.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR.