



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ADESÃO AO PLANO ODONTOLÓGICO

Dados para contratação Titular:

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____ Produto Escolhido: Essencial Pleno

Nome da mãe: _____

Telefone: _____ Email: _____

Dados para contratação de dependente 1 :

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

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____

Nome da mãe: _____

Dependente 2:

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

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____

Nome da mãe: _____

Dependente 3:

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

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____

Nome da mãe: _____



Dependente 4:

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

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____

Nome da mãe: _____

Dependente 5:

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

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____

Nome da mãe: _____

Dependente 6:

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

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ CPF: _____

Nome da mãe: _____

Sirvo-me da presente para AUTORIZAR a Empregadora, Associação ou Sindicato a proceder o desconto do(s) valor(es) devido(s) para minha inclusão, bem como de meu(s) agregados acima identificados, no Plano Odontológico operacionalizado pela SOLUTION ODONTO CLINIC LTDA., clínica de assistência odontológica com sede Qnd 13 Lote 07 sala 104 Taguatinha-DF - CEP 72120-130, inscrita no CNPJ/MF sob o n ° 41.452.388/0001-49 registrada sob o n ° 5320243514-1. De outra parte, declaro para todos os fins de direito, estar ciente e de acordo com as seguintes normas para utilização do Plano Odontológico, às quais me obrigo, por mim e por meus Dependentes e/ou Agregados.

- 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 maior ou menor produto escolhido, 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 o Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Alimentação de Brasília – STIAB-DF.
- 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 o STIAB-DF.
- Para a aceitação, pela Empregadora, de meu pedido de Exclusão do Plano Odontológico, deverei ter permanecido por um período mínimo de 12 (doze) meses, juntamente com o meu grupo familiar, no Plano Odontológico escolhido, considerando-se cada um dos integrantes de meu grupo familiar. Estou ciente que se ao solicitar o cancelamento antes de 12 (doze) meses e se meu grupo familiar tiver utilização, será descontada em folha o valor da mensalidade faltantes do grupo e a utilização.
- 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.

Sem mais, subscrevo-me

Brasília-DF, ____/____/____

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR