

# AUTORIZAÇÃO DE INCLUSÃO PLANO ODONTOLÓGICO

1. Dados do Colaborador / Titular do Plano				
Nome:		Matricula :		
Cargo:		Setor:		
RG:	Data de Expedição do RG:    /    /	Órgão Emissor RG:	CPF:	
Data Nascimento:	Genero:	Estado Civil: (    ) Solteiro (    ) Casado (    ) Separado (    ) Viúvo (    ) Outros		
Data Admissão:	Nome da mãe do Titular (apenas para cadastro):			
Endereço Residencial do Colaborador:				
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:	Telefone:
2. Dados dos Dependentes				
Se desejar incluir mais do que 4 dependentes, utilize uma 2 via desta página.				
Dependente 1 :		Data Nasc:	Genero:	Parentesco:
RG do Dependente: <small>Obrigatório para maiores de 18 anos</small>	Orgão e Data de exp:	CPF do Dependente: <small>Obrigatório</small>		
Nome da mãe do Dependente 1				
Dependente 2 :		Data Nasc:	Genero:	Parentesco:
RG do Dependente 2: <small>Obrigatório para maiores de 18 anos</small>	Orgão e Data de exp:	CPF do Dependente 2: <small>Obrigatório</small>		
Nome da mãe do Dependente 2:				
Dependente 3 :		Data Nasc:	Genero:	Parentesco:
RG do Dependente 3: <small>Obrigatório para maiores de 18 anos</small>	Orgão e Data de exp:	CPF do Dependente 3: <small>Obrigatório</small>		
Nome da mãe do Dependente 3				
Dependente 4 :		Data Nasc:	Genero:	Parentesco:
RG do Dependente4: <small>Obrigatório para maiores de 18 anos</small>	Orgão e Data de exp:	CPF do Dependente 4: <small>Obrigatório</small>		
Nome da mãe do Dependente 4				
3. Dados do Plano				
MET LIFE DENTAL – GOLD ou DIAMOND conforme opção abaixo.				

Eu, \_\_\_\_\_, admitido em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ funcionário da empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob no. \_\_\_\_\_,

autorizo a descontar o valor abaixo especificado, a partir de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, referente à minha participação integral no plano odontológico :

(    ) R\$ 14,96 – Plano Gold (treze Reais e noventa e seis centavos) por mês por pessoa inscrita.

(    ) R\$ 71,46 – Plano Diamond (sessenta e seis Reais e sessenta e oito centavos) por mês por pessoa inscrita.

**Total desta inclusão: R\$ \_\_\_\_\_**

Estou ciente que:

1- Minha participação sofrerá reajuste, cada vez que houver reajuste no custo do plano, conforme acordado entre a empresa e o plano de odontológico.

2 - Se solicitar a minha exclusão, bem como de meus dependentes do plano: no caso de uma eventual re-inclusão será realizada automaticamente com as carências contratuais BEM COMO a reinclusão poderá ser recusada.

3 - É terminantemente proibido emprestar ou ceder a terceiro o cartão de identificação do convênio (Físico ou APP), pois o mesmo é pessoal e intransferível, e só poderá ser utilizado por seu titular e dependentes declarados. Ainda, como beneficiário principal e portador do cartão de identificação, fico ciente que o uso indevido, poderá acarretar no cancelamento de meu nome e dependentes da relação de beneficiários no convênio, sujeitando-me ainda, a arcar com os custos e responsabilidades decorrentes da negligência, imprudência e/ou omissão voluntária.

4 - Será caracterizado crime (sujeito a restituição de valores e as penalidades previstas em lei), o empréstimo da carteirinha (Física ou APP) para o uso de terceiros e/ ou utilização posterior a minha desvinculação da empresa. Deverei restituir a empresa por qualquer prejuízo que venha a causar pela utilização indevida da(s) carteirinha(s);

5 - Caso ocorra o meu afastamento perante o INSS, por motivo de Acidente do Trabalho, Doença ou Moléstia Profissional, ou qualquer outro motivo justificado ou não por período superior a 30 (trinta) dias, estou ciente que devo apresentar-me à empresa para efetuar o pagamento de minha participação, bem como de meus dependentes; **caso não haja comparecimento, o benefício será cancelado ou suspenso** e os custos referentes às mensalidades utilizadas continuarão devidos e serão integralmente de minha responsabilidade.

6 – Em caso de afastamento por motivo de Acidente do Trabalho, Doença ou Moléstia Profissional, ou qualquer outro motivo justificado ou não por período superior a 180 (cento e oitenta dias) meus dependentes serão excluídos do plano médico sem prévio aviso, independente das condições de saúde destes e do motivo do meu afastamento.

7 – Em atendimento a Lei 13709/2018 (LGPD), estou ciente e autorizo a divulgação dos dados pessoais constantes deste documento (meus e de meus dependentes), bem como os dados dos documentos pessoais, **para inscrição e utilização do plano odontológico**, nesse caso envolvendo toda a cadeia de atendimento, sendo vedado o uso de tais dados para fins diversos; autorizo ainda a operadora e a corretora a tratarem minhas informações de uso, para fins de análise e gestão de performance financeira do plano e negociação de custos, respeitadas a confidencialidade e ética obrigatórias no tratamento dessas informações.

7.1 No processamento das minhas informações deverão ser respeitadas as normas complementares pertinentes a Planos Odontológicos (vigentes e futuras).

Sem mais.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do colaborador

\_\_\_\_\_  
Depto de Recursos Humanos