

TERMO DE MOVIMENTAÇÃO ODONTOLÓGICO – PORTO SEGURO

EMPREGADOR: () Anima () São Judas () UNA () Unimonte () Unibh

DADOS PESSOAIS DO COLABORADOR

Nome:			Data Nascimento:		
Data de Admissão:		Campus:		Cargo:	
Endereço:			Nº:		Complemento:
Bairro:	Cidade:		CEP:	Estado Civil:	
RG:		Órgão Emissor:		Data Expedição:	
Tel. Celular:		Nome da Mãe:			

O QUE PRETENDO FAZER?

(...) Inclusão Odonto Porto Seguro **Bronze** (.. ..) Inclusão Odonto Porto Seguro **Ouro**
 (...) Alteração de *Odonto Bronze* para **Odonto Ouro** (.....) Alteração de *Odonto Ouro* para **Odonto Bronze**

DEPENDENTE 1

NOME: _____
 SEXO: () M () F ESTADO CIVIL: _____
 DT. NASCIMENTO: ____/____/____ CPF: ____-____-____
 PARENTESCO: _____ DATA CASAMENTO: _____
 NOME DA MÃE: _____
 RG: _____ DT. EXPEDIÇÃO: ____/____/____ ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____

DEPENDENTE 2

NOME: _____
 SEXO: () M () F ESTADO CIVIL: _____
 DT. NASCIMENTO: ____/____/____ CPF: ____-____-____
 PARENTESCO: _____ DATA CASAMENTO: _____
 NOME DA MÃE: _____
 RG: _____ DT. EXPEDIÇÃO: ____/____/____ ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____

DEPENDENTE 3

NOME: _____
 SEXO: () M () F ESTADO CIVIL: _____
 DT. NASCIMENTO: ____/____/____ CPF: ____-____-____
 PARENTESCO: _____ DATA CASAMENTO: _____
 NOME DA MÃE: _____
 RG: _____ DT. EXPEDIÇÃO: ____/____/____ ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____

Ao assinar este termo, declaro estar ciente das características de cada plano e ainda:

- Arcarei com o valor integral da mensalidade do meu plano Odontológico e de meu(s) dependente(s).
- Para inclusões de dependentes deverão ser anexados ao termo de adesão a cópia do CPF, Identidade e documento que comprove o parentesco, (Certidão de Casamento ou Escritura Publica de União Estável para conjugê). Para filhos maiores de 18 anos deve ser entregue comprovante de matrícula, em substituição de ensino.
- Caso a solicitação de inclusão ao plano, seja feita após 30 dias de admissão, o titular/dependente arcará com todas as carências previstas no contrato PORTO SEGURO ODONTO.
- A troca de modalidade de plano, deverá obedecer ao prazo mínimo de 12 meses.
- Declaro estar ciente de que em caso de afastamento por licenças médicas ou espontâneas, o plano permanecerá ativo normalmente até que eu (titular) informe ao setor responsável sobre meu desejo de cancelamento do benefício. Caso contrário, os débitos gerados neste período deverão ser pagos no retorno do afastamento.
- Após a adesão, o cancelamento somente poderá ser feito após 24 meses da data adesão ao benefício. Ou em caso de desligamento da empresa.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do Empregado