

DADOS CADASTRAIS

DADOS DA EMPRESA

Razão Social:	Unidade:
---------------	----------

DADOS DO FUNCIONÁRIO (não abreviar)

Nome Completo:	Data Nasc.:	
Sexo: F () M ()	RG:	CPF:
Nome da Mãe:	Matrícula:	Depart.:
E-mail:	Cargo:	
Endereço Residencial:	CEP:	
Bairro:	Cidade:	Estado:
Telefone Residencial:	Tel. Comercial:	Tel. Celular:
Planos: () SOU ESSENCIAL () SOU ESSENCIAL AMPLO () SOU ESSENCIAL PLENO		

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES / AGREGADOS (não abreviar)

1- Nome Completo:	Sexo: F () M ()	Data Nasc.:
Nome da Mãe:	RG:	CPF:
Tel. Residencial:	Tel. Celular:	E-mail:
Grau de Parentesco: () Conjuge/Companheiro(a) () Filho(a) () Pai () Mãe () Sogro(a) () Irmã(o) () Sobrinho(a) () Neto(a) () Tio(a)		
2- Nome Completo:	Sexo: F () M ()	Data Nasc.:
Nome da Mãe:	RG:	CPF:
Tel. Residencial:	Tel. Celular:	E-mail:
Grau de Parentesco: () Conjuge/Companheiro(a) () Filho(a) () Pai () Mãe () Sogro(a) () Irmã(o) () Sobrinho(a) () Neto(a) () Tio(a)		
3- Nome Completo:	Sexo: F () M ()	Data Nasc.:
Nome da Mãe:	RG:	CPF:
Tel. Residencial:	Tel. Celular:	E-mail:
Grau de Parentesco: () Conjuge/Companheiro(a) () Filho(a) () Pai () Mãe () Sogro(a) () Irmã(o) () Sobrinho(a) () Neto(a) () Tio(a)		
4- Nome Completo:	Sexo: F () M ()	Data Nasc.:
Nome da Mãe:	RG:	CPF:
Tel. Residencial:	Tel. Celular:	E-mail:
Grau de Parentesco: () Conjuge/Companheiro(a) () Filho(a) () Pai () Mãe () Sogro(a) () Irmã(o) () Sobrinho(a) () Neto(a) () Tio(a)		
5- Nome Completo:	Sexo: F () M ()	Data Nasc.:
Nome da Mãe:	RG:	CPF:
Tel. Residencial:	Tel. Celular:	E-mail:
Grau de Parentesco: () Conjuge/Companheiro(a) () Filho(a) () Pai () Mãe () Sogro(a) () Irmã(o) () Sobrinho(a) () Neto(a) () Tio(a)		

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) Dependente(s) e/ou Agregado(s) acima identificados, no Plano Odontológico operacionalizado pela SOU – Administração e Comercialização de Planos de Saúde Odontológicos Ltda, operadora de planos privados de assistência odontológica com sede à Av. Brasil, 491 – Sala 209 bairro Santa Efigênia cidade Belo Horizonte MG – CEP 30140-000, inscrita no CNPJ/MF sob 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, além daquelas constantes no Manual do Associado, 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 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 SOU – Administração e Comercialização de Planos de Saúde Odontológicos Ltda.
- 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 SOU – Administração e Comercialização de Planos de Saúde Odontológicos Ltda.
- Para a aceitação, pela Empregadora, de meu pedido de Exclusão do Plano Odontológico, deverei ter permanecido por um período mínimo de 24 (vinte e quatro) meses, juntamente com o meu grupo familiar, no Plano Odontológico escolhido, considerando-se cada um dos integrantes de meu grupo familiar. 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

_____ de _____ de _____.

Assinatura do beneficiário Titular

