

(Local) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nome do Titular: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Informamos que a M.I. Montreal Informática S/A oferece, quando da sua admissão, o **Plano Odontológico** abaixo listado:

**Amil Dental 100, com direito a:**

- Urgência - 24 horas;
- Consultas (inclusive aos sábados);
- Limpeza, profilaxia e aplicação de flúor;
- Radiografia panorâmica e periapical;
- Tratamento de gengiva;
- Tratamento para crianças;
- Tratamento de canal;
- Restaurações - obturações (de resina ou amálgama);
- Cirurgias - extrações (incluindo o dente do siso);
- Próteses unitárias - provisórias e definitivas, conforme RN 211 da ANS;
- Possibilidade de upgrade\*, custeado pelo titular no valor entre o plano escolhido e o fornecido pela empresa;
- Possibilidade inclusão de dependentes\*, custeados pelo titular no valor integral da mensalidade do plano escolhido.

*\*Em caso de upgrade e/ou inclusão de dependentes, o formulário " Upgrade e/ou Designação de dependentes – Plano de Saúde/Odontológico" deverá ser preenchido e anexado a este.*

( ) Estou ciente da Política de Benefícios, que me foi apresentada no processo admissional, e atesto ciência que minha inclusão no benefício se dará no 1º dia útil do mês subsequente à minha admissão.

( ) Para usufruir da política de benefícios, autorizo o desconto em folha de pagamento da mensalidade relativa ao upgrade do meu plano, plano de meus dependentes e, desde já, os reajustes futuros definidos pela AMIL.

( ) Autorizo o desconto na minha folha de pagamento do valor mensal do Plano Odontológico de meus dependentes e/ou da diferença (upgrade) do meu plano, no total de R\$\_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_\_).

( ) Declaro total ciência e concordância que em caso de afastamento das atividades laborais, a minha permanência no plano odontológico estará vinculada ao custeio integral da minha mensalidade e dependentes, pelo período que estiver afastado, sob pena de cancelamento no caso de inadimplência superior a 60 dias, salvo disposição em contrário em Instrumento Coletivo de Trabalho.

( ) Não desejo aderir ao plano odontológico que me é oferecido pela empresa M.I. Montreal Informática S/A e atesto ciência que não poderei solicitar inclusão posteriormente.

Assinatura do empregado \_\_\_\_\_