

## INCLUSÃO

- ☒ INCLUSÃO TITULAR  
☐ INCLUSÃO DEPENDENTE(S)

## CANCELAMENTO

- ☐ CANCELAMENTO - GRUPO FAMILIAR COMPLETO  
☐ CANCELAMENTO PARCIAL DEPENDENTE(S)

## DADOS DO PLANO

OPERADORA: AMIL DENTAL

\* INÍCIO PRÉVIO DA VIGÊNCIA: 01/08/2018

PLANO: DENTAL 100 R

VALOR DO DESCONTO: 14,59

(\*) Consulte maiores informações em "Informações Gerais" no final desse formulário.

Funcionário: VERIDIANA RATTON DE FREITAS	RE: 1249052
RG: 323473040 Órgão Emissor: SSP Data Emissão: 17/02/2009 UF: SP Estado Civil: Casado CPF: 304.760.808-35	PIS: 136.02174.81.5
Data de Admissão: 25/06/2018 Cargo: OPERADOR VENDAS I	Data de Nasc.: 15/03/1982
Endereço: PADRE GASTAO DE MORAES	
CEP: 11020-400 E-mail: VERERATTON@HOTMAIL.COM	
Bairro: ESTUARIO Cidade / UF: SANTOS/SP	Telefone:
Nome da Mãe do Titular: HELOISA RATTON DE FREITAS	Nº Cartão do SUS: 702004777740790

## DEPENDENTE(S) CADASTRADOS NA FOLHA DE PAGAMENTO

**ATENÇÃO:** Marque com um "X" os dependentes que deseja incluir ou excluir no plano

**Funcionário não possui dependentes cadastrados no sistema de folha de pagamento.**

## INFORMAÇÕES GERAIS

- Todos os planos possuem as coberturas mínimas exigidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.
- Através do Pessoas OnLine você terá acesso aos planos disponíveis de acordo com o seu cargo, tabela de cobertura de acordo com o plano contratado, valores de descontos por titular e dependentes inclusos, condições e prazos para solicitação de novas inclusões, condições e prazos para solicitação de cancelamento do plano.
- Início da vigência: toda e qualquer movimentação só entrará em vigor após aprovação do RH local.
- Para aprovações ocorridas até o dia 10 do mês, a movimentação efetivada a partir do dia 1 do mês seguinte. Ex.: Aprovação em 09/01/2013. Vigor a partir de 01/02/2013.
- Para aprovações ocorridas após o dia 10 do mês, a movimentação será efetivada apenas a partir do dia 1 do segundo mês posterior à solicitação. Ex: Aprovação em 11/01/2013. Vigor a partir de 01/03/2013.

## CARÊNCIAS

Amil Dental, funcionários que realizarem a adesão ao plano após 30 dias da admissão terão em seu cadastro as carências informadas abaixo:  
- 24 horas para urgência e emergência / 60 dias para cirurgia, consultas, dentística, diagnóstico, disfunção temporomandibular, endodontia, odontologia preventiva, periodontia, radiologia e ortodontia (instalação de aparelho fixo) / 180 dias para procedimentos de prótese, ortodontia (manutenção), clareamento e Implante

## REGRAS PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTE

Você poderá incluir no plano seus dependentes legais (conforme abaixo), ao todo ou em parte.  
- Cônjuge ou companheira(o) / Filho(a) natural, solteiro(a), até 21 anos de idade. Poderão permanecer até os 24 anos de idade os filhos solteiros se comprovadamente universitário e sem rendimentos / Tutelado(a) com respectivo termo de tutela, até 18 anos incompletos.

## REGRAS PARA CANCELAMENTO

Você poderá solicitar o cancelamento da Assistência Odontológica (para dependentes ou grupo familiar completo) via Pessoas Online. Seu plano será cancelado caso seja afastado por um período superior a 15 dias (exceto licença maternidade). Caso queira continuar com o plano, você deverá solicitar uma nova inclusão quando retornar do afastamento.

**Formalizo através desta, minha opção pelo plano de prestação de serviços odontológicos, aceitando as condições contratuais gerais de atendimento e cobertura do plano escolhido.**

**Concordo com os termos acima e autorizo o desconto da mensalidade da Assistência Odontológica em folha de pagamento.**

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO CIENTE:

DATA: