



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ADESÃO AO PLANO ODONTOLÓGICO

DADOS CADASTRAIS

Dados da Empresa (não abreviar)

Razão Social

Valor Total Devido:

Dados do Funcionário

Nome Completo

Data de Nascimento

Sexo

☐ Masculino ☐ Feminino

RG

CPF

CNS

Nome da Mãe

Matrícula

Endereço Residencial

Bairro

Cidade

Estado

CEP

Telefone Residencial

Telefone Comercial

Telefone Celular

Plano

☐ Integral ☐ Superior ☐ Premium ☐ Master

E-mail

1. Nome Completo

Data de Nascimento

Sexo

☐ Masculino ☐ Feminino

RG

CPF

E-mail

Nome da Mãe

Telefone Celular

Parentesco

☐ Cônjuge/Companheiro (a) ☐ Filho (a) ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Sogro ☐ Irmã (o) ☐ Sobrinho (a) ☐ Neto (a) ☐ Tio (a)

2. Nome Completo

Data de Nascimento

Sexo

☐ Masculino ☐ Feminino

RG

CPF

E-mail

Nome da Mãe

Telefone Celular

Parentesco

☐ Cônjuge/Companheiro (a) ☐ Filho (a) ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Sogro ☐ Irmã (o) ☐ Sobrinho (a) ☐ Neto (a) ☐ Tio (a)

3. Nome Completo

Data de Nascimento

Sexo

☐ Masculino ☐ Feminino

RG

CPF

E-mail

Nome da Mãe

Telefone Celular

Parentesco

☐ Cônjuge/Companheiro (a) ☐ Filho (a) ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Sogro ☐ Irmã (o) ☐ Sobrinho (a) ☐ Neto (a) ☐ Tio (a)

4. Nome Completo

Data de Nascimento

Sexo

☐ Masculino ☐ Feminino

RG

CPF

E-mail

Nome da Mãe

Telefone Celular

Parentesco

☐ Cônjuge/Companheiro (a) ☐ Filho (a) ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Sogro ☐ Irmã (o) ☐ Sobrinho (a) ☐ Neto (a) ☐ Tio (a)

Sirvo-me da presente para AUTORIZAR a FETRAB (FEDERAÇÃO DOS TRABALHADORES PÚBLICOS DO ESTADO DA BAHIA), a proceder o desconto do(s) valor (es) devido (s) para minha inclusão, bem como de meu (s) agregados acima identificados, no Plano Odontológico operacionalizado pela OdontoPrev S.A., empresa com sede no Município de Barueri, no Estado de São Paulo, na Alameda Tocantins, nº 125, 15º andar, Centro Empresarial de Alphaville, CEP: 06.455.-020, inscrita no CNPJ/MF sob nº 58.119.199/0001-51, e na ANS sob nº 30194-9, e a descontar mensalmente dos meus vencimentos o valor de R\$ _____.

De outra parte, declaro, para todos os fins de direito, estar ciente e de acordo com as seguintes normas de utilização do Plano Odontológico, além daquelas constantes no Manual do Beneficiário, às quais me obrigo, por mim e por meus Dependentes.

a) Os beneficiários Dependentes e os Agregados deve, obrigatoriamente, estar inscrito no mesmo tipo de Plano Odontológico por mim optado.

b) Havendo a possibilidade, conforme determinação da FETRAB, 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.

c) Para aceitação, pela FETRAB, de meu pedido de alteração do Plano Odontológico vigente que tenha maior número de eventos cobertos para outro que tenha menor número de eventos cobertos, deverei ter permanecido por um período de 12(doze) meses da data da minha adesão, ou de qualquer de meus Dependentes, ao Plano Odontológico.

d) 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 FETRAB e a OdontoPrev S.A..

e) Perante a FETRAB 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.

f) 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.

g) Em caso de dúvidas sobre o Plano Odontológico, deverei entrar em contato por meio do Disque OdontoPrev: 0800 702 9000.

_____, de _____ de _____

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR

3035-0823



OdontoPrev

3994