

PROPOSTA DE ADESAO AO PLANO COLETIVO

Outros - Avô/ó - Mãe - Pai - Irmão - Filho/a - Cônjuge - Parentesco - Viúvo - Divorciado - Separado - Casado - Estado Civil: Solteiro

1 - Proponente

Razão Social: _____ CNPJ: _____

2 - Dados do Beneficiário Titular

Nome Completo: _____ **Sexo:** [] F - [] M
Data de Nascimento: _____ **Estado Civil:** [] Solteiro [] Casado [] Separado [] Divorciado [] Viúvo
CPF: _____ **RG:** _____ **Órgão Emissor/UF:** _____ **Data:** _____ **País:** _____
Nome Completo da Mãe: _____
E-Mail: _____ **Telefone 1:** _____ **Telefone 2:** _____
Endereço: _____ **Bairro:** _____
Cidade: _____ **UF:** _____ **CEP:** _____ **CNS:** _____

3 - Dados dos Beneficiários Dependentes

(1) Nome Completo: _____ **Sexo:** [] F - [] M
Data de Nascimento: _____ **Parentesco:** _____ **Estado Civil:** _____ **CNS:** _____
CPF: _____ **RG:** _____ **Órgão Emissor/UF:** _____ **Data:** _____ **País:** _____
Nome Completo da Mãe: _____

(2) Nome Completo: _____ **Sexo:** [] F - [] M
Data de Nascimento: _____ **Parentesco:** _____ **Estado Civil:** _____ **CNS:** _____
CPF: _____ **RG:** _____ **Órgão Emissor/UF:** _____ **Data:** _____ **País:** _____
Nome Completo da Mãe: _____

(3) Nome Completo: _____ **Sexo:** [] F - [] M
Data de Nascimento: _____ **Parentesco:** _____ **Estado Civil:** _____ **CNS:** _____
CPF: _____ **RG:** _____ **Órgão Emissor/UF:** _____ **Data:** _____ **País:** _____
Nome Completo da Mãe: _____

(4) Nome Completo: _____ **Sexo:** [] F - [] M
Data de Nascimento: _____ **Parentesco:** _____ **Estado Civil:** _____ **CNS:** _____
CPF: _____ **RG:** _____ **Órgão Emissor/UF:** _____ **Data:** _____ **País:** _____
Nome Completo da Mãe: _____

4 - Modalidade de Pagamento **5 - Patrocínio da Proponente Sobre o Valor do Plano do Titular**

Forma de Pagamento [] Desconto em Folha

6 - Valores

Titular:	Dep 1:	Dep 2:	Dep 3:	Dep 4:	Total:

7 - Declarações e Assinaturas

(1) Declaro serem verdadeiras as informações preenchidas acima e estou ciente que a vigência contratual iniciará após a aprovação desta Proposta de Adesão. (2) Autorizo o desconto/débito das contraprestações, tornando-me responsável legal por este contrato. **Tipo de contratação: Coletivo por Adesão - Titular Gratuito Associado** ...
Preço dependentes: (exclusivo para associados ao Sinttel-DF): R\$ 17,90 (dezesete reais e noventa centavos); Cônjuges, filhos (as) - (enteados, tutelados e sob guarda). Preço agregados: (exclusivo para associados ao Sinttel-DF): R\$ 18,90 (dezoito reais e noventa centavos) - pais, irmãos (ãs) e netos (as) Carência: Sem carência (exceto para os grupos de vidas que fizerem a adesão após início de contrato que terão Carência de 90 (noventa) dias para prótese).

(4) Estou ciente que a falta de documentos, rasuras ou dados incorretos serão fatores de impedimento para a aceitação da Proposta de Adesão.
 (5) Esta Proposta de Adesão é parte integrante do plano contratado e foi redigida de acordo com a lei 9656/98
 (6) Fidelidade de 12 meses.
 (7) Cópia dos documentos obrigatórios:
 Dependentes e agregados: RG, CPF, Certidão de casamento/declaração de união estável.
 (8) Os valores poderão sofrer reajustes no período de aniversário do contrato Odontogroup/Sinttel-DF.



**DECLARAÇÃO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTES E/OU AGREGADOS
ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Eu, _____, matrícula nº _____ declaro que realizei minha inclusão, juntamente com a do meu(s) dependente(s) e/ou agregado(s), abaixo discriminados, a Assistência Odontológica ODONTOGROUP, oferecida pelo Sindicato dos Trabalhadores em Telecomunicações – SINTTEL-DF.

Nome completo do *dependente e/ou *agregado	Grau de parentesco

*Dependentes: Filho(a), cônjuge e enteado(a);

*Agregados: Pai, mãe, irmão(ã), neto(a)

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

Autorizo que a empresa _____, realize o desconto em meu salário, relativo à minha participação mensal, atualmente no valor de R\$ _____, que corresponde a 100% para dependentes e/ou agregados.

TABELA DE PREÇOS	
*Dependente	*Agregado
R\$17,90	R\$18,90

Por tratar-se de expressão da verdade e de minha espontânea vontade, assino o presente documento.

Brasília/DF, ___/___/_____

Assinatura do(a) funcionário(a).