



TERMO DE ADESÃO
PLANO ODONTOLÓGICO COLETIVO EMPRESARIAL



OPÇÕES			
PLANOS	INCLUSÃO	ALTERAÇÃO	EXCLUSÃO
<input type="checkbox"/> Plano Super - R\$ 13,00 por pessoa*	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Nome	<input type="checkbox"/> Titular
<input type="checkbox"/> Plano Star - R\$ 18,00 por pessoa*	<input type="checkbox"/> Dependente	<input type="checkbox"/> Data de Nascimento	<input type="checkbox"/> Dependente
		<input type="checkbox"/> Estado Civil	
		<input type="checkbox"/> Outros	

* Valor atualizado em conformidade com o contrato firmado entre AFFEMG e a Rede Dental.

Razão Social	AFFEMG - Associação dos Funcionários Fiscais do estado de MG		
Nome completo:			Matrícula:
Endereço:	Bairro:	CEP:	
Município/UF:	Tel:	CPF:	RG:
	Data nascimento:		
M () F ()	Estado Civil:	Nome da mãe:	
Dependente 1:	M () F ()	Data nascimento:	RG:
Nome da mãe / Dependente 1:	Parentesco:	CPF:	
Dependente 2:	M () F ()	Data nascimento:	RG:
Nome da mãe / Dependente 2:	Parentesco:	CPF:	

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

- 1- Tenho conhecimento que há um contrato Plano Super e Plano Star celebrado entre a REDE DENTAL e a AFFEMG.
- 2- Tenho conhecimento que eventualmente poderão ocorrer encaminhamentos para consultas de avaliação obrigatórias, com profissionais credenciados pela REDE DENTAL, sendo essas consultas de caráter obrigatório para continuidade do tratamento dentário.
- 3- Assumo o pagamento de eventuais custos decorrentes da utilização indevida, não acobertados neste plano, durante e após a exclusão de qualquer benefício inscrito nesta solicitação de adesão.
- 4- Tenho conhecimento da obrigatoriedade da devolução dos documentos que se encontrem em poder do beneficiário em caso de desligamento do plano, que permitem o uso do sistema, em especial, a carteirinha de identificação.
- 5- Autorizo a AFFEMG a encaminhar à REDE DENTAL, a inclusão acima assinalada, bem como a realizar o conseqüente desconto mensal, através do meu contra-cheque, referente ao custo do plano odontológico atinente e instituído por mim.
- 6- Reconheço que este contrato terá vigência mínima de 12 (doze) meses a partir da última utilização ou da data de inclusão dos titulares, dependentes e agregados.
- 7- Tenho conhecimento das coberturas dos planos Rede Dental - Plano Super - Plano Star.
- 8- As solicitações encaminhadas ao setor corporativo de convênios até o dia 30 de cada mês serão incluídas para utilização a partir do dia 20 do mês seguinte.

Estou de acordo com o Termo de Responsabilidade acima.

Local e data

Assinatura