



TERMO DE ADESÃO PLANO ODONTOLÓGICO SULAMÉRICA

Movimentação referente à:

<input type="checkbox"/>	Titular
<input type="checkbox"/>	Dependente
<input type="checkbox"/>	Titular e dependente

Tipo de Movimentação:

<input type="checkbox"/>	Inclusão
<input type="checkbox"/>	Exclusão

<input type="checkbox"/>	Alteração de Plano (upgrade)
<input type="checkbox"/>	Alteração de dados

Período de carência (permanência) no plano 12 meses;
 Exclusões solicitadas antes do período de carência será cobrada multa de 50% do valor restante.
 Caso opte pela exclusão, somente é possível retornar após 6 meses;
 Para alteração de dados enviar documento (RG, CNH ou certidão de casamento/nascimento).

Por meio da presente, eu _____, RE: _____, CPF: _____, nome da mãe: _____ colaborador da unidade _____ da SPAL INDÚSTRIA BRASILEIRA DE BEBIDAS S/A, solicito inclusão no plano odontológico e estou ciente do desconto da mensalidade mensal na minha folha de pagamento, conforme plano assinalado abaixo:

Opção	Tipo de Plano	Valor	Cobertura
<input type="checkbox"/>	Básico 20	R\$ 12,15 por pessoa	Rol ANS
<input type="checkbox"/>	Especial 20	R\$ 34,69 por pessoa	Rol ANS + Prótese
<input type="checkbox"/>	Executivo 20	R\$ 62,59 por pessoa	Rol ANS + Ortodontia + Prótese
<input type="checkbox"/>	Prestige 20	R\$ 425,66 por pessoa	Rol ANS + Ortodontia + Prótese + Implante

Ciente que, o desconto se refere ao titular e dependentes, solicito inclusão dos dependentes abaixo:

Nome Dependente	Grau de Parentesco	CPF	Data de Nascimento	Nome da Mãe

Somente cônjuge e filhos são elegíveis a inclusão no plano odontológico.

Caso ocorra meu desligamento da empresa, autorizo meu Empregador a realizar o desconto do saldo remanescente do Plano Odontológico em minhas verbas rescisórias.

Local e Data

Assinatura
