**TERMO DE SOLICITAÇÃO –**

**PLANO ODONTOLÓGICO COLETIVO EMPRESARIAL –**

**Empregadora:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CNPJ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Empregado(a):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador(a) da Carteira Profissional XXXXX série XXX, inscrito(a) no CPF sob nº XXXXXXXXXX e cadastrado(a) no PIS sob nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) na Rua\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Declaro, para os devidos fins, que tenho conhecimento de que PLANO ODONTOLÓGICO COLETIVO EMPRESARIAL disponibilizado pela empregadora está sujeito às seguintes condições:

1. A assistência odontológica disponibilizada pela empregadora contempla a realização dos exames/procedimentos descritos no Contrato, mediante o pagamento do valor mensal fixo de R$ \_\_\_\_\_\_\_ pelo colaborador participante, sendo que o valor ora informado pode sofrer alteração conforme definição do Plano.
2. É possível a inclusão de dependentes no Contrato, sendo que a mensalidade e valores excedentes eventualmente cobrados pela Operadora do Plano deverão ser suportados pelo colaborador titular do plano odontológico.
3. A realização de exame/procedimento não inserido na cobertura odontológica contratada deve ser negociada e paga diretamente ao profissional responsável, não podendo ser realizado o desconto dos valores decorrentes de exames/procedimentos diretamente do salário do colaborador.

Diante do exposto:

( ) Solicito a contratação de Assistência Odontológica, autorizando a realização do desconto do valor correspondente em meu salário.

( ) Solicito a contratação de Assistência Odontológica para o o(s) dependente(s) abaixo informado(s), autorizando o desconto do valor adicional cobrado em meu salário.

**Gentileza informar o** nome e vínculo do(s) dependente(s) cuja inclusão é solicitada com o colaborador titular do plano odontológico**:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

()Opto por não ser incluído no Plano Odontológico disponibilizado pela empregadora.

**Por fim, declaro para os devidos fins que, recebi cópia dos documentos relativos ao PLANO ODONTOLÓGICO COLETIVO EMPRESARIAL, e que tenho ciência de todos os termos da apólice.**

XXXXXXXXXXX/XX  **\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EMPREGADO