



CONFIRMAÇÃO DE OPÇÃO DE PLANO PARA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Nome Completo		ID	Estipulante TELE NORTE LESTE PARTICIPAÇÕES
Endereço			CEP
Bairro	Município	Oi Fixo	Oi Móvel

Regras para contratação do Plano:

- 1- O valor do desconto mensal do Plano Básico será de R\$ 1,50 por beneficiário elegível;
- 2- O valor do desconto mensal do Plano Básico + será de R\$ 17,49 por beneficiário elegível (*);
- 3- A adesão aos Planos somente se darão por meio da assinatura e envio deste documento para o Gente Atende;
- 4- A adesão aos Planos inclui todos os dependentes elegíveis no mesmo plano;
- 5- Filhos com até três anos, onze meses e 30 dias estarão cobertos com isenção de cobrança do valor mensal do Plano.

(*) Contempla todas as coberturas do Plano Básico, incluindo as especialidades de Prótese e Ortodontia.

Quero Confirmar:

Planos	Coberturas	Desconto Por usuário cadastrado
() Básico	Contempla todos os procedimentos listados no Rol da ANS, procedimentos adicionais e reembolso.	1,50
() Básico +	Contempla as coberturas do Plano Básico, incluindo as especialidades de Prótese e	17,49

Declaração:

Pela presente autorizo o Estipulante a incluir meu nome e de meus dependentes elegíveis no Produto SulAmérica Odontológico a partir de ___/___/____, ao qual concedo o direito de agir em meu nome e de meus dependentes incluídos, no cumprimento de todas as cláusulas.

Autorização para Desconto em Folha:

Pelo presente, autorizo ao Estipulante indicado neste formulário de Confirmação de Opção para Assistência Odontológica a descontar mensalmente do meu salário, em folha de pagamento, a importância relativa a minha contribuição para o Produto SulAmérica Odontológico, contratado em meu benefício e de meus dependentes elegíveis, com a Seguradora SulAmérica, conforme os valores devidos referente ao Plano, agora e no futuro, por força de Cláusulas Adicionais e Especiais da Apólice.

Local: _____ Data: _____

Assinatura: _____