

**SERVIDOR ATIVO e INATIVO - TERMO DE ADESÃO  
PLANO ODONTOLÓGICO**

Eu, \_\_\_\_\_, solicito minha inclusão no Plano de Assistência Odontológica, \_\_\_\_\_, conforme "Cadastro do Plano de Saúde do Servidor":

Declaro estar ciente que:

1. Todas as solicitações (inclusão, exclusão, opção de plano, segunda via da carteira, alteração cadastral) serão realizadas pelo servidor, exceto por impedimento médico, devidamente justificado ou por designado munido de procuração. As solicitações de movimentação devem ser realizadas, presencialmente, na **Subcoordenação Central de Benefícios do Servidor/ Plano de Saúde do Servidor Municipal, sito à Av. Joana Angélica, 399 – Nazaré, Térreo do Prédio do PREVIS;**
2. O Plano de Assistência Odontológica escolhido pelo titular deve ser o mesmo para inclusão do(s) dependente(s);
3. Cabe ao servidor titular o custo dos valores referentes aos dependentes incluídos;
4. A quantidade de dependente (s) incluídos ficará condicionada à capacidade de pagamento/margem para desconto;
5. O desconto do valor da mensalidade do Plano de Assistência Odontológica escolhido será consignado em folha de pagamento;
6. Em caso de falecimento do titular, ficam o(os) dependentes obrigados de comunicar o óbito, à Subcoordenação Central de Benefícios do Servidor/ Plano de Saúde do Servidor Municipal. A falta do comunicado do óbito, implicará na continuidade do desconto mensal atribuído e aplicação de penalidades, conforme legislação pertinente;
7. Alteração de telefone e/ou mudança de endereço, deverá de imediato ser comunicada à Subcoordenação Central de Benefícios do Servidor/ Plano de Saúde do Servidor Municipal.

Salvador, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Servidor

**Valor da Assistência Odontológica:**

**Ano: 2017**

- Para Hapvida – R\$ 11,17 (onze reais e dezessete centavos)
- Para PRODENT – R\$ 9,70 (nove reais e setenta centavos)

Anotações: