

REGRAS DA CONTRATAÇÃO DO PLANO ODONTOLÓGICO

A UNIODONTO DE MATO GROSSO COOPERATIVA DE TRABALHO ODONTOLÓGICO LTDA, pessoa jurídica de direito privado constituída sob a forma de Cooperativa, devidamente inscrita no CNPJ sob o nº 37.496.767/0001-63, com sede na Av. General Melo, nº 448, Dom Aquino, Cuiabá-MT, com escritório em Rondonópolis sito à Rua Av. Bandeirantes, nº 2.286, Bairro Centro, doravante apenas UNIODONTO, credenciada pelo **INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE RONDONÓPOLIS**, órgão da administração indireta, inscrito no CNPJ sob o nº 06.016.527/0001-90, com sede na Avenida João Ponce de Arruda, 2746, Centro, Rondonópolis - MT, com a finalidade de fornecer assistência odontológica ao servidor segurado e seus dependentes, conforme parâmetros definidos pela ANS – Agência Nacional de Saúde, bem como os citados na cláusula terceira do instrumento de credenciamento, e proposta em anexo ao mesmo, a serem prestados aos segurados e seus dependentes por profissionais credenciados da UNIODONTO, na forma estabelecida na lei, e também conforme a seguinte regulamentação:

I) COBERTURA - PLANO PREMIER COLETIVO POR ADESÃO (registrado na ANS sob o nº 46482111-8)

1.1. A cobertura deste plano se refere aos serviços exclusivamente odontológicos conforme rol editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, e suas atualizações.

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

- Colagem de Fragmentos Dentários
- Controle de Hemorragia com ou sem Aplicação de Agente Hemostático
- Incisão e Drenagem (Intra ou Extra-Oral) de Abscesso, Hematoma ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial
- Imobilização Dentária
- Recimentação de Peça/Trabalho Protético
- Redução de Luxação da Atm
- Reimplante de Dente Avulsionado com Contenção
- Sutura de Ferida Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento de Abscesso Periodontal
- Tratamento de Alveolite
- Tratamento de Odontalgia Aguda

DIAGNÓSTICO

- Consulta Odontológica Inicial

CONDICIONAMENTO

- Condicionamento em Odontologia

EXAMES

- Procedimento Diagnóstico Anatomopato-lógico (em Peça Cirúrgica, Material de Punção/Biópsia e Citologia Esfoliativa da Região Bucomaxilo-Facial)
- Teste de Fluxo Salivar

RADIOLOGIA

- Radiografia Interproximal (Bite-Wing)
- Radiografia Oclusal
- Radiografia Panorâmica de Mandíbula/ Maxila (Ortopantomografia)
- Radiografia Periapical

PREVENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

- Aplicação de Selante
- Aplicação Tópica de Flúor
- Atividade Educativa em Saúde Bucal
- Controle de Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
- Dessensibilização Dentária
- Profilaxia - Polimento Coronário
- Remineralização Dentária

DENTÍSTICA

- Adequação do Meio Bucal

- Ajuste Oclusal
- Aplicação de Cariostático
- Faceta Direta em Resina Fotopolimerizável
- Núcleo de Preenchimento
- Remoção de Fatores de Retenção de Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
- Restauração em Amálgama
- Restauração em Ionômero de Vidro
- Restauração em Resina Fotopolimerizável
- Restauração Temporária /Tratamento Expectante
- Tratamento Restaurador Atraumático

PERIODONTIA

- Aumento de Coroa Clínica
- Cirurgia Periodontal a Retalho
- Cunha Proximal
- Gengivectomia/Gengivoplastia
- Raspagem Sub-Gengival e Alisamento Radicular/Curetagem de Bolsa Periodontal
- Raspagem Supra-Gengival e Polimento Coronário

ENDODONTIA

- Capeamento Pulpar Direto – Excluindo Restauração Final
- Pulpotomia
- Remoção de Corpo Estranho Intra-Canal
- Remoção de Núcleo Intra-Canal
- Remoção de Peça/Trabalho Protético
- Tratamento de Perfuração (Radicular/Câmara Pulpar)
- Tratamento Endodôntico em Dente com Rizogênese Incompleta
- Tratamento Endodôntico em Dentes Decíduos
- Tratamento Endodôntico em Dentes Permanentes
- Retratamento Endodôntico em Dentes Permanentes

CIRURGIA

- Alveoplastia
- Amputação Radicular com ou sem Obturação Retrógrada
- Apicetomia com ou sem Obturação Retrógrada
- Aprofundamento/Aumento de Vestíbulo
- Biópsia de Boca
- Biópsia de Glândula Salivar

- Biópsia de Lábio
- Biópsia de Língua
- Biópsia de Mandíbula/Maxila
- Bridectomia/Bridotomia
- Cirurgia para Tórus/Exostose
- Exérese de Pequenos Cistos de Mandíbula/Maxila
- Exérese ou Excisão de Mucocela, Rânula ou Cálculo Salivar
- Exodontia a Retalho
- Exodontia de Raiz Residual
- Exodontia Simples de Decíduo
- Exodontia Simples de Permanente
- Frenotomia/Frenectomia Labial
- Frenotomia/Frenectomia Lingual
- Odonto-Secção
- Punção Aspirativa com Agulha Fina/Coleta de Raspado em Lesões ou Sítios Específicos da Região Buco-Maxilo-Facial
- Redução de Fratura Alvéolo Dentária
- Remoção de Dentes Retidos (Inclusos, Semi-Inclusos ou Impactados)
- Tratamento Cirúrgico de Fistulas Buco-Nasais ou Buco-Sinusais
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Moles da Região Buco-Maxilo-Facial
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos e Hiperplasias de Tecidos Ósseos/Cartilaginosos na Mandíbula/Maxila
- Tratamento Cirúrgico de Tumores Benignos Odontogênicos sem Reconstrução
- Ulectomia/Ulotomia

PRÓTESE

- Coroa Unitária Provisória com ou sem Pino/Provisório para Preparo de RMF
- Reabilitação com Coroa de Acetato, Aço ou Policarbonato
- Reabilitação com Coroa Total de Cerômero Unitária - Inclui a Peça Protética
- Reabilitação com Coroa Total Metálica Unitária - Inclui a Peça Protética
- Reabilitação com Núcleo Metálico fundido/Núcleo Pré-Fabricado - Inclui a Peça Protética
- Reabilitação com Restauração Metálica Fundida (RMF) Unitária - Inclui a Peça Protética

1.2. Não há cobertura parcial temporária ou agravamento na contraprestação em razão de lesão ou doença pré-existente à contratação.

II) EXCLUSÕES DE COBERTURA

2.1. Não estão cobertos pelo plano:

a) as despesas com medicamentos prescritos para uso domiciliar; b) as despesas com serviços odontológicos executados em ambiente hospitalar, inclusive a especialidade de cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial e a estrutura hospitalar necessária à execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório, que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar; c) as despesas com honorários de anestesistas (profissional médico), mesmo para pacientes com necessidades especiais; d) tratamento clínico ou cirúrgico experimental; e) tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto odontológico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes; f) casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente; g) os serviços realizados por profissionais não cooperados, ressalvados os casos de urgência/emergência quando houver a impossibilidade de atendimento por profissionais cooperados ou contratados; h) consultas e tratamentos realizados antes do início da cobertura ou do cumprimento das carências previstas; i) consultas e atendimentos domiciliares, mesmo em caráter de emergência; j) os serviços não constantes da cobertura ou do rol de procedimentos vigente à época do evento, ou ainda, em desconformidade com as diretrizes de utilização, conforme disciplinado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar; k) procedimentos com finalidade estética.

III) CARÊNCIA

Procedimentos de	Prazo
Urgência/Emergência	24 horas
Diagnóstico	30 dias
Condicionamento	90 dias
Exames	90 dias
Radiologia	90 dias
Prevenção em Saúde Bucal	90 dias

Procedimentos de	Prazo
Dentística	90 dias
Periodontia	90 dias
Endodontia	180 dias
Cirurgia	180 dias
Prótese	180 dias
Demais especialidades/procedimentos cobertos, inclusive por atualização do rol de procedimentos.	180 dias

3.1. Os BENEFICIÁRIOS, titular ou dependente, cumprirão os prazos de carência conforme abaixo:

3.2 No plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão não poderá ser exigido o cumprimento de prazos de carência, desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato coletivo (neste caso o Instrumento de Credenciamento junto ao SERV SAÚDE). **QUE NESTE CASO TERÁ COMO DATA FINAL PARA O CREDENCIAMENTO DIA 31/03/2015. APÓS ESTA DATA, OS CREDENCIAMENTOS OBEDECERÃO AOS PRAZOS DE CARÊNCIA PACTUADOS.**

3.3 A contagem da carência se inicia na data do primeiro desconto na folha de pagamento do servidor BENEFICIÁRIO.

3.3. A UNIODONTO assegurará o reembolso, no limite das obrigações deste instrumento, das despesas efetuadas pelo BENEFICIÁRIO com assistência odontológica, nos casos exclusivos de urgência/emergência (estes compreendidos dentre os procedimentos assim entendidos pela ANS), quando não for possível a utilização da rede cooperada ou credenciada de cirurgiões-dentistas:

PROCEDIMENTOS	SEGUNDA A SEXTA- FEIRA DAS 8:00 AS 18:00 HORAS	HORÁRIO NOTURNO E AOS SÁBADOS, DOMINGOS E FERIADOS
Colagem de Fragmentos Dentários	R\$ 13,44	R\$ 30,24
Controle de Hemorragia com ou sem Aplicação de Agente Hemostático	R\$ 13,44	R\$ 30,24
Incisão e Drenagem (Intra ou Extra-Oral) de Abscesso, Hematoma ou Flegmão da Região Buco-Maxilo-Facial	R\$ 13,44	R\$ 30,24
Imobilização Dentária	R\$ 13,44	R\$ 30,24
Recimentação de Peça/Trabalho Protético	R\$ 13,44	R\$ 30,24
Redução de Luxação da Atm	R\$ 13,44	R\$ 30,24
Reimplante de Dente Avulsionado com Contenção	R\$ 13,44	R\$ 30,24
Sutura de Ferida Buco-Maxilo-Facial	R\$ 13,44	R\$ 30,24
Tratamento de Abscesso Periodontal	R\$ 13,44	R\$ 30,24
Tratamento de Alveolite	R\$ 13,44	R\$ 30,24
Tratamento de Odontalgia Aguda	R\$ 13,44	R\$ 30,24

3.4. O reembolso será efetuado, no montante despendido pelo BENEFICIÁRIO, limitado aos valores fixados nesta contratação, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da apresentação dos seguintes documentos originais, que posteriormente serão devolvidos, na hipótese de o pagamento não ser integral:

- requerimento preenchido em formulário próprio fornecido pela UNIODONTO, solicitando o reembolso;
 - orçamento datado e assinado pelo cirurgião-dentista assistente, declarando todos os dados pessoais do BENEFICIÁRIO, diagnóstico, descrição e justificativa dos procedimentos realizados;
 - recibo assinado pelo cirurgião-dentista assistente, constando o número de sua inscrição no Conselho Regional de Odontologia (CRO) e no cadastro de pessoas físicas do Ministério da Fazenda (CPF/MF), acusando o recebimento dos valores combinados.
 - recibo individualizado por procedimento, assinado pelo cirurgião-dentista assistente.
- 3.5. O BENEFICIÁRIO perderá o direito de requerer o reembolso decorridos 12 (doze) meses da data do evento.

IV) DEPENDENTES

4.1. Podem ser inscritos como BENEFICIÁRIOS dependentes as pessoas que façam parte do grupo familiar do BENEFICIÁRIO titular, assim entendidos:

a) o cônjuge; b) o convivente, sem eventual concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial; c) os filhos; d) o enteado, o menor sob a guarda por força de decisão judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos; e) os pais.

4.2. A adesão do grupo familiar dependerá da participação do BENEFICIÁRIO Titular no plano privado de assistência à saúde.

4.3. O pedido de inclusão de BENEFICIÁRIOS, titulares ou dependentes, constitui declaração da existência de um dos vínculos mencionados nas cláusulas anteriores, podendo a UNIODONTO, no momento da inscrição, solicitar documento hábil que permita a comprovação.

4.4. Perdem a qualidade de segurados e dependentes:

- o cônjuge que estiver separado judicialmente ou divorciado e ainda pela anulação do casamento; o cônjuge, pelo abandono do lar, desde que reconhecida esta situação a qualquer tempo, por sentença judicial transitada em julgado;
- O (a) companheiro (a), pela cessação da união estável com o (a) servidor (a);
- O inválido ou interdito, pela cessação da invalidez ou interdição;
- Os dependentes em geral, pelo matrimônio ou pela manutenção de união reconhecida como entidade familiar, de acordo com a Lei Federal nº 9.278 de 10 de maio de 1996;
- Os Servidores Segurados, que não figure na folha de pagamento oficial ou que perdeu o vínculo com o Município, exceto os servidores celetistas inativos;
- Perde a condição de segurado do SERV SAÚDE, e de consequência o benefício deste Plano, aquele que, por qualquer forma, perder a condição de servidor público Municipal, exceto o servidor celetista quando da sua aposentadoria e manifestar desejo de continuidade da assistência à saúde, pagando a contribuição integral;
- O segurado que, por qualquer motivo previsto em lei, sem perda da sua condição de servidor público municipal, interromper o exercício de suas atividades funcionais sem direito à remuneração, inclusive nos casos de cessão sem ônus, poderá manter-se como segurado, desde que manifeste interesse e pague as contribuições integrais.

V) CONTRIBUIÇÃO

5.1. O custo mensal por beneficiário inscrito (titular e dependentes) será de R\$ 20,60 (vinte reais e sessenta centavos), contribuição *per capita*, que será descontado em folha de pagamento.

5.2. Os segurados inativos, os servidores ativos em licença não remunerada ou aqueles cedidos a outros órgãos cuja contribuição patronal não seja possível contribuirão via boleto.

5.3. Todo procedimento realizado fora do rol de cobertura, terá seu valor pactuado pela UNIODONTO direto com BENEFICIÁRIO e seus dependentes, ficando acordado entre as partes a forma de pagamento.

5.4. A presente contratação terá prazo mínimo de vigência pelo período de 24 (vinte e quatro) meses, e será renovada automaticamente, por prazo indeterminado, ao término da vigência inicial, sem cobrança de qualquer taxa ou outro valor no ato da renovação.

5.5. O servidor desde já autoriza o desconto em folha de pagamento dos valores correspondentes à inclusão dos BENEFICIÁRIOS titular e dependentes, conforme ficha de cadastro preenchida, anexa a este documento.

5.6. O cônjuge/convivente BENEFICIÁRIO do Segurado Titular é solidário nas obrigações concernentes aos deveres obrigacionais envolvidos na relação assistencial requerida no ato de inscrição de segurado facultativo nos termos da Lei nº 10.406/2002 denominado Código Civil.

**VI) SUSPENSÃO / RESCISÃO / DENÚNCIA
SUSPENSÃO**

6.1. O atraso no pagamento do valor contratado, mediante a indisponibilidade de margem salarial para desconto em folha de pagamento, ou ainda pelo inadimplemento do boleto emitido pela SERV SAÚDE por período superior a 10 (dez) dias implicará, mediante comunicação escrita a ser realizada pela SERV SAÚDE, na suspensão do atendimento, ficando suspensas as autorizações e as execuções de tratamentos.

RESCISÃO

6.2. Constitui causa expressa de rescisão da presente contratação:

- fraude comprovada;
- o atraso no pagamento de qualquer valor contratado por período superior a 60 (sessenta) dias, desde que o BENEFICIÁRIO tenha sido notificado previamente pela SERV SAÚDE;
- as exclusões de beneficiários titulares e/ou dependentes, independente de motivo, que reduza a massa de beneficiários do plano a menos de 10 (dez) pessoa(s);
- descumprimento das cláusulas e condições deste instrumento.

6.2.1 Se a rescisão, por uma das hipóteses do item anterior, ocorrer durante os 24 (vinte e quatro) meses iniciais de vigência deste instrumento, o BENEFICIÁRIO contratante se sujeitará ao pagamento de multa pecuniária de 50% (cinquenta por cento) das mensalidades que seriam devidas até o término do prazo mencionado, sem prejuízo da apuração e ressarcimento dos danos na forma do caput desta cláusula.

DENÚNCIA

6.3. Antes do término dos primeiros 24 (vinte e quatro) meses de vigência desta contratação, é facultado a qualquer das partes denunciar a contratação, mediante comunicação escrita, dirigida à outra parte, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, sujeitando-se ao pagamento de multa pecuniária equivalente a 50% (cinquenta por cento) do valor das mensalidades que seriam devidas até o término do citado prazo.

6.3.1. Após a vigência do período de 24 (vinte e quatro) meses, a contratação poderá ser denunciada por qualquer das partes, mediante notificação por escrito com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência, sem ônus.

VII) DA AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

7.1. Os procedimentos que serão realizados nos BENEFICIÁRIOS são de inteira responsabilidade da UNIODONTO, não sendo necessária autorização por parte do SERV SAÚDE, bastando adimplemento em dias da fatura emitida pela UNIODONTO.

7.2. O SERV SAÚDE não emitirá guia de atendimento, o agendamento será direto com a rede credenciada pela UNIODONTO, cujo rol atualizado de profissionais encontra-se no guia de profissionais e no site: www.uniodontomt.com.br.

VIII) DAS PENALIDADES

8.1. Se a exclusão do beneficiário, titular ou dependente(s), ocorrer antes de completados 24 (vinte e quatro) meses de sua inclusão, o BENEFICIÁRIO titular pagará multa pecuniária de 50% (cinquenta por cento) das mensalidades que seriam devidas até o término do prazo mencionado.

8.2. A multa não será devida em caso de demissão, com ou sem justa causa, ou em caso de falecimento tanto do titular como de qualquer dependente, comunicada pelo BENEFICIÁRIO, facultada à UNIODONTO solicitar comprovação.

8.3. O BENEFICIÁRIO desde já autoriza o desconto da sua folha de pagamentos, o valor referente a multa, sendo que inexistente qualquer custo adicional que recaia ao SERV SAÚDE.

8.4. O BENEFICIÁRIO é responsável, civil e criminalmente, pelo uso indevido da ASSISTENCIA ODONTOLÓGICA.

IX) REAJUSTE

9.1. Os valores contratados serão reajustados anualmente pela variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) da Fundação Getúlio Vargas, ou pelo índice que venha a substituí-lo, mediante avaliação do Serv Saúde, levando em conta o impacto e a viabilidade orçamentária e financeira do Instituto, conforme cláusula Décima Segunda do contrato primitivo.

X) DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Por convenção, adotou-se neste instrumento o gênero masculino quando há referência ao(à) BENEFICIÁRIO, sendo este entendido como o titular da contratação haja vista o vínculo funcional com a Prefeitura de Rondonópolis.

10.2. A UNIODONTO não se responsabilizará por qualquer acordo ajustado particularmente pelos beneficiários com quaisquer prestadores.

10.3. Para atendimento do BENEFICIÁRIO é indispensável a apresentação da carteira do beneficiário emitida pela UNIODONTO em conjunto com um documento pessoal com foto.

10.4. Considera-se fraude para efeito desta contratação:

- qualquer ato ilícito praticado pelos beneficiários na utilização do objeto deste instrumento;
- utilização indevida da carteira de identidade do beneficiário, assim entendido, também, a sua utilização por terceiros;
- omissão ou distorção de informações em prejuízo da UNIODONTO ou do resultado de perícias, exames ou auditorias, quando necessários;
- descumprimento das condições pactuadas, sem prejuízo das demais penalidades previstas neste instrumento.

10.5. No conceito de fraude incluem-se a má-fé, a deslealdade, o esquecimento voluntário para postergar a informação, a mentira etc.

10.6. Ocorrendo a perda ou extravio do cartão de identificação, a UNIODONTO deverá ser comunicada por escrito, para cancelamento ou, quando for o caso, emissão de segunda via.

10.7. A emissão da segunda via do cartão de identificação será cobrada do BENEFICIÁRIO no valor descrito na tabela de referência atualizada disponível na sede da UNIODONTO.

10.8. O uso indevido do cartão de identificação, a critério da UNIODONTO, ensejará pedido de indenização por perdas e danos em face do beneficiário titular respectivo, bem como a exclusão do mesmo e de seus dependentes.

10.9. Considera-se uso indevido a utilização desses documentos para obter atendimento, mesmo que na forma contratada, pelos beneficiários que perderam essa condição, por exclusão ou término da contratação, ou, em qualquer hipótese, por terceiros, que não sejam beneficiários.

10.10. Os BENEFICIÁRIOS com mais de sessenta anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos têm privilégio na marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos.

10.11. O BENEFICIÁRIO reconhece expressamente que seu vínculo contratual é apenas com a Cooperativa Uniodonto de Mato Grosso qualificada no preâmbulo, mesmo em caso de atendimento por outras cooperativas integrantes do SISTEMA NACIONAL UNIODONTO.

10.12. Qualquer tolerância não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

10.13. Os BENEFICIÁRIOS autorizam a UNIODONTO a obter o diagnóstico dos atendimentos, sempre que necessário, tanto para fins de reembolso como para fins de informações de saúde. Ficam desde já autorizadas essas informações, que serão prestadas pelos cooperados.

10.14. Integram este instrumento, para todos os fins de direito, a Proposta de Adesão, o Manual do Beneficiário, o Cartão de Identificação, a Tabela Referencial, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), o Guia de Leitura Contratual (GLC) e demais anexos firmados pelas partes.

10.15. Este Instrumento foi elaborado considerando-se a legislação vigente nesta data, e o Aviso de Credenciamento nº 008/2014, promovido pelo SERV SAÚDE, assim, qualquer alteração das normas que implique em necessária modificação do que aqui foi avençado, sujeitará a novo ajuste das condições, inclusive com possíveis reflexos na contraprestação.

XI - ELEIÇÃO DE FORO

11.1. Fica eleito o foro do domicílio do BENEFICIÁRIO TITULAR, ora CONTRATANTE para dirimir qualquer demanda sobre a presente contratação, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Diante de todo o exposto o servidor/segurado e o cônjuge / convivente atestam que tomaram ciência das regras gerais fixadas pela lei 4.616/2005, Instrução Normativa 32/2014, edital de credenciamento 008/2014 e Instrumento de Credenciamento 085/2014, forma de utilização, restrições e coberturas inerentes aos benefícios odontológicos.

Rondonópolis _____ de _____ 20 ____.

Assinatura do (a) Servidor (a) titular

Assinatura do (a) Cônjuge/Convivente



INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS DE RONDONÓPOLIS-MT

Lei Municipal nº 4.616, de 25 de agosto de 2005.
Av. João Ponce de Arruda, 1.510 – Centro – CEP 78.700-260 – Rondonópolis-MT
Fone (66) 3423-2627 – Fax (66) 3421-3341 – www.servsaudemt.com.br

COLE A FOTO
DO TITULAR
AQUI

REQUERIMENTO DE ADESÃO DE SEGURADOS AO PLANO ODONTOLÓGICO

Dados do(a) Titular:

Nome:				Matrícula:	
Endereço:					
Bairro:		Cidade:		UF:	CEP:
Data de Nascimento:	Sexo: () Masculino () Feminino		RG/Órgão Emissor:	CPF:	
Telefone:	Celular:	Fone Com.:	Secretaria:	Cargo/Função:	
Estado Civil:	CNS:	Início do Contrato:	Nome da mãe:	E-mail:	
() Concursado () Celetista () Celetista Estável () Aposentado () Pensionista () Comissionado () Outro -					

Dados do(a) Cônjuge/Companheiro(a):

Nome:				Data de Nascimento:	
Dep.1				/ /	
Telefone/Celular	RG/Órgão Emissor:	CPF:	Nome da mãe		

Dados dos Demais Dependentes:

Nome:				Data de Nascimento:	
Dep.2				/ /	
Celular:	Sexo: () Masculino () Feminino		Certidão Nasc. / RG:	CPF:	
Nome da mãe:			Declaração nascido vivo (se aplicável)		
Parentesco: () Filho Menor de 18 anos () Filho Maior Incapaz () Filho Maior Estudante () Guarda Judicial () Outros					

Nome:				Data de Nascimento:	
Dep.3				/ /	
Celular:	Sexo: () Masculino () Feminino		Certidão Nasc. / RG:	CPF:	
Nome da mãe:			Declaração nascido vivo (se aplicável)		
Parentesco: () Filho Menor de 18 anos () Filho Maior Incapaz () Filho Maior Estudante () Guarda Judicial () Outros					

Nome:				Data de Nascimento:	
Dep.4				/ /	
Celular:	Sexo: () Masculino () Feminino		Certidão Nasc. / RG:	CPF:	
Nome da mãe:			Declaração nascido vivo (se aplicável)		
Parentesco: () Filho Menor de 18 anos () Filho Maior Incapaz () Filho Maior Estudante () Guarda Judicial () Outros					

Nome:				Data de Nascimento:	
Dep.5				/ /	
Celular:	Sexo: () Masculino () Feminino		Certidão Nasc. / RG:	CPF:	
Nome da mãe:			Declaração nascido vivo (se aplicável)		
Parentesco: () Filho Menor de 18 anos () Filho Maior Incapaz () Filho Maior Estudante () Guarda Judicial () Outros					

Venho requerer minha inclusão e dos meus dependentes, conforme ficha cadastral junto ao SERV SAÚDE, para que tenha acesso ao PLANO ODONTOLÓGICO, na qualidade de Segurado Facultativo, para que possa usufruir dos BENEFÍCIOS odontológicos oferecidos, e declaro ser sabedor de todas as faculdades e prerrogativas, carências, coberturas e proibições, contidas nas legislações pertinentes que introduziram o referido plano. Autorizo o desconto em folha de pagamento, e em não sendo possível a emissão de boleto bancário ou outro documento financeiro competente para recolhimento das contribuições assistenciais. O Servidor requerente e o dependente cônjuge ou convivente são responsáveis solidários nas obrigações ora assumidas na forma do Código Civil Brasileiro no caso de inadimplência ou ainda condição superveniente que implique na impossibilidade do recolhimento das contribuições. Declaro(mos) ainda, para os devidos fins legais, que as informações supra mencionadas são verdadeiras, podendo inclusive ratificá-las em Juízo, se for necessário, e também ciente dos direitos e deveres constantes na Lei 4.616/2005 que regulamenta o Serv Saúde, na instrução Normativa 32/2014, podendo ser consultado no endereço eletrônico: www.servsaudemt.com.br.

Rondonópolis-MT, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Servidor

Assinatura Cônjuge/Convivente