

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO E DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO E POSSE.
USUÁRIO TITULAR / RESPONSÁVEL DO PLANO ODONTOLÓGICO METLIFE**

NOME COMPLETO										DATA DE NASC														
ENDEREÇO COMPLETO															No. TEL:					CIDADE				
BAIRRO					NÚMERO CEP					No. TEL:					CIDADE									
CPF					IDENTIDADE																			
PIS					ESTADO CIVIL																			
NOME DA MÃE																								

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

NOME COMPLETO										DATA DE NASC														
GRAU DE PARENTESCO															No. TEL:					CIDADE				
ENDEREÇO COMPLETO																								
BAIRRO					NÚMERO CEP					No. TEL:					CIDADE									
CPF					IDENTIDADE																			
PIS					ESTADO CIVIL																			
NOME DA MÃE																								

NOME COMPLETO										DATA DE NASC														
GRAU DE PARENTESCO															No. TEL:					CIDADE				
ENDEREÇO COMPLETO																								
BAIRRO					NÚMERO CEP					No. TEL:					CIDADE									
CPF					IDENTIDADE																			
PIS					ESTADO CIVIL																			
NOME DA MÃE																								

Termo de Autorização para Desconto em Folha de Pagamento

Sirvo-me do presente para Autorizar a Empregadora _____ a inclusão de meu(s) dependente(s) no Plano Odontológico MetLife, de livre adesão e com utilização exclusiva em rede credenciada.

Valor por dependente R\$ _____ (_____)

Valor total incluindo dependentes legais R\$ _____ (_____)

Declaro estar ciente destas Informações e autorizo o desconto deste benefício em minha folha de pagamento.

O período mínimo para permanência de meus dependentes é de 12 (doze meses) a contar da assinatura deste termo ou 12 meses após última utilização de meus dependentes.

_____, ____ de _____ de 201__.

Assinatura do Titular: _____
(nome completo e legível).

Assinatura do Empregador: _____

IMPORTANTE: Juntamente com a ficha de adesão é necessário manter cópia dos seguintes documentos: imprescindível cópia do CPF (ou PIS), ou carteira de identidade. Para esposo(a) cópia da certidão de casamento ou declaração de união estável e CPF.

OBSERVAÇÕES:

- A participação para o titular é gratuita, uma vez que a instituição é responsável pelo pagamento do referido plano;
- O valor poderá ser alterado ou reajustado anualmente na data base da categoria e ou por força de negociação coletiva.
- Caso o titular decida permanecer no plano após seu desligamento da instituição empregadora, o mesmo deve manifestar-se dentro do mês de demissão junto a MetLife sua permanência no plano. O titular assume integralmente o pagamento da mensalidade, diretamente com a MetLife, quando opta pela permanência. A partir deste momento, como o representado não é mais empregado na categoria, os valores serão acertados individualmente. Salientamos que o titular perde o direito de permanência no plano odontológico quando da sua admissão em um novo emprego, que não seja pertencente a categoria.