



A ABJE - ASSOC. BENEF. DA JUSTIÇA ELEITORAL, pensando na sua saúde bucal e de sua família, firmou parceria com o INPAO Dental. Agora você terá acesso à rede credenciada composta por 20 mil opções de atendimento por todo o território nacional. Nossa Empresa está consolidada no Mercado há mais de 50 anos entre as maiores operadoras de planos odontológicos do País. Você e toda sua família já podem contar com o que há de mais moderno em Assistência Odontológica.

### Ficha de Adesão

Plano Escolhido	Funcionário	Dependente/Agredado	Familiar (Titular + 4 dependentes)	Dependente Adicional
( ) Especial	R\$ 51,63	R\$ 26,34	R\$ 186,50	R\$ 37,47
( ) Magnum	R\$ 74,69	R\$ 88,12	R\$ 186,70	R\$ 52,30

#### DADOS DO FUNCIONÁRIO (OBS.: TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

UNIDADE / LOJA:		MATRICULA		DATA DE ADMISSÃO:			
NOME DO FUNCIONÁRIO:				DATA DE NASCIMENTO:			
NOME DA MÃE DO FUNCIONÁRIO:							
SEXO: ( ) M ( ) F		ESTADO CIVIL:		CPF DO FUNCIONÁRIO:		CNS (Cartão Nacional de Saúde):	
ENDEREÇO RESIDENCIAL:				NÚMERO			
COMPLEMENTO:		BAIRRO:	CIDADE	UF:	CEP:		
TEL. RESIDENCIAL:			TEL. COMERCIAL:	CELULAR:			
E-MAIL:							

#### DADOS DOS DEPENDENTES / AGREGADOS (OBS.: TODOS OS CAMPOS SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

1	NOME:				
	NOME DA MÃE:			CNS (Cartão Nacional de Saúde):	
	CPF:		RG:		DATA DE NASCIMENTO:
	SEXO:		PARENTESCO:		E-MAIL:
2	NOME:				
	NOME DA MÃE:			CNS (Cartão Nacional de Saúde):	
	CPF:		RG:		DATA DE NASCIMENTO:
	SEXO:		PARENTESCO:		E-MAIL:
3	NOME:				
	NOME DA MÃE:			CNS (Cartão Nacional de Saúde):	
	CPF:		RG:		DATA DE NASCIMENTO:
	SEXO:		PARENTESCO:		E-MAIL:
4	NOME:				
	NOME DA MÃE:			CNS (Cartão Nacional de Saúde):	
	CPF:		RG:		DATA DE NASCIMENTO:
	SEXO:		PARENTESCO:		E-MAIL:

## CONHEÇA A COBERTURA DO SEU PLANO

**Descrição da Cobertura do Plano ESPECIAL:** Consultas, Emergência, Prevenção, Prótese (Rol Mínimo), Odontopediatria, Dentística (restauração ou Obturação), Endodontia (tratamento e retratamento de canais), Periodontia (tratamentos gengivais e ósseos), Cirurgia Oral Menor (realizados em consultórios), Radiografias e Instalação de aparelho Ortodôntico (exceto documentação e manutenção ortodôntica).

**Descrição da Cobertura do Plano MAGNUM:** Consultas, Emergência, Prevenção, Prótese (Rol Mínimo), Prótese Total, Prótese Parcial Removível, Coroa Metaloplástico (unitária) e Coroa Acrílica Prensada Odontopediatria, Dentística (restauração ou Obturação), Endodontia (tratamento e retratamento de canais), Periodontia (tratamentos gengivais e ósseos), Cirurgia Oral Menor (realizados em consultórios), Radiografias e Instalação de aparelho Ortodôntico (exceto documentação e manutenção ortodôntica), Placa de Mordida e Mantenedores de Espaço.

### REGRAS DE INCLUSÕES DE BENEFICIÁRIOS E DEPENDENTES/AGREGADO

**Beneficiários Titulares:** todos os sócios, diretores, funcionários, estagiários com ou sem vínculo contratual e outros colaboradores com vínculo empregatício ativo, inativo ou estatutário com a CONTRATANTE optantes pelo plano odontológico objeto deste instrumento, indicados pela mesma;

**Beneficiários Dependentes:** é o dependente do Beneficiário Titular, incluído no plano do mesmo podendo ser:

- O (a) Cônjuge do Beneficiário Titular;
- O (a) companheiro (a) do Beneficiário Titular mantido a mais de 05 (cinco) anos ou com filhos em comum;
- Os (as) filhos (as), solteiros (as) menores de 21 anos, filhos inválidos de qualquer idade, enteado, o menor que por determinação judicial esteja sob guarda do Beneficiário Titular, filhos até 24 anos, se universitário, desde que não tenham qualquer renda própria;
- Mãe solteira ou viúva com dependência econômica do empregado, sob o mesmo teto com rendimento máximo de 01 (hum) salário mínimo, vigente à época do contrato.

**Beneficiários Agregados:** São considerados agregados pai, mãe, sogra viúva ou solteira, filhos (as) solteiros (as) de casamentos anteriores da (o) esposa (o) ou companheira (o), com idade acima de 21 anos; filhos (as) comprovadamente estudantes universitários que residam com o funcionário (a) e os irmãos (as) solteiros (as).

### CONDIÇÕES CONTRATUAIS:

- A inclusão de cada novo beneficiário Titular e/ou Dependentes deverá ocorrer em até 30 dias da data da sua admissão ou do evento que originou a condição de dependente, sob pena das aplicações das carências contratuais.
- A exclusão do Beneficiário Titular e/ou Dependente se dará após cumprida a permanência mínima de 24 (vinte e quatro) meses após a data de contribuição efetiva dos respectivos.

### REGRAS DE MUDANÇA DE PLANOS:

É vedada aos Beneficiários a mudança de categoria de plano.

**TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS:** Os titulares e dependentes constantes nessa ficha de adesão (TITULARES DOS DADOS) ficam cientes que há um contrato firmado entre o INPAO Dental e a empresa **ABJE - ASSOC. BENEF. DA JUSTIÇA ELEITORAL**, que estabelecem e detalham as diretrizes e responsabilidades de cada parte no cumprimento da LGPD – Lei Geral de proteção de Dados, porém, também ficam cientes que a qualquer tempo, poderão revogar a permissão para tratamento de seus DADOS PESSOAIS E DADOS SENSÍVEIS, salvo aqueles necessários à consecução do contrato de plano privado de assistência à saúde, ou aqueles exigidos por força de obrigações regulatórias e/ou legais, além de poderem exercer seus direitos como titulares de dados pessoais garantidos no artigo 5º da Lei 13.709/2018.

Para melhor entendimento a respeito da coleta, armazenamento e utilização de dados, disponibilizamos em nosso Site: <https://www.inpao.com.br/politica-de-privacidade/>, a nossa política de privacidade.

### DECLARAÇÃO (Este termo deverá ser preenchido e entregue ao RH)

( ) Estou ciente e de acordo com a divulgação dos meus dados e de meus dependentes para inclusão e utilização do benefício odontológico.

( ) Solicito minha adesão ao plano odontológico de acordo com as condições, cobertura e rotinas constantes do contrato de prestação de serviço odontológico, assinado entre o **INPAO Dental** e a **ABJE - ASSOC. BENEF. DA JUSTIÇA ELEITORAL**, estando o mesmo a disposição na empresa. Declaro assumir o valor da taxa mensal respondente a cada um dos inscritos, autorizo assim o desconto em folha de pagamento.

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

ANS - N° 389.358