

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ADESÃO AO PLANO ODONTOLÓGICO

AÇÃO:

() Adesão

() Inclusão de Dependentes

() Upgrade

() Downgrade

PLANO:

() Essencial: R\$16,47 () Essencial Plus: R\$ 17,34 () Pleno: R\$ 21,33 () Pleno Orto: R\$ 63,25 () Pleno Top: R\$ 82,00

Os valores são cobrados por vida (Titular e Dependentes) e o dependente seguirá o mesmo plano do titular. Os valores são reajustados sempre no mês de Agosto, mês de aniversário da apólice, até quando o contrato estiver vigente.

Valor total: Titulares + Dependentes: R\$ _____

Titular:

Nome (sem abreviações): _____

Data de Nascimento: ____/____/____ RG: _____ CPF: _____

Matrícula (Registro do Servidor): _____ Telefone: _____

Nome da mãe: _____ Estado Civil: _____

Endereço completo: _____

_____ E-mail: _____

Dependente 1:

☐ Cônjuge/Companheiro(a) ☐ Filho(a) ☐ Pai/Mãe ☐ Irmão(a) ☐ Avô(ó) ☐ Neto(a) ☐ Sogro(a) ☐ Sobrinho(a) ☐ Cunhado(a) ☐ Genro/Nora

Nome (sem abreviações): _____

Data de Nascimento: ____/____/____ RG: _____ CPF: _____

Nome da mãe: _____

Menores de 18 anos não necessitam preencher CPF e RG.

Dependente 2:

☐ Cônjuge/Companheiro(a) ☐ Filho(a) ☐ Pai/Mãe ☐ Irmão(a) ☐ Avô(ó) ☐ Neto(a) ☐ Sogro(a) ☐ Sobrinho(a) ☐ Cunhado(a) ☐ Genro/Nora

Nome (sem abreviações): _____

Data de Nascimento: ____/____/____ RG: _____ CPF: _____

Nome da mãe: _____

Menores de 18 anos não necessitam preencher CPF e RG.

Dependente 3:

☐ Cônjuge/Companheiro(a) ☐ Filho(a) ☐ Pai/Mãe ☐ Irmão(a) ☐ Avô(ó) ☐ Neto(a) ☐ Sogro(a) ☐ Sobrinho(a) ☐ Cunhado(a) ☐ Genro/Nora

Nome (sem abreviações): _____

Data de Nascimento: ____/____/____ RG: _____ CPF: _____

Nome da mãe: _____

Menores de 18 anos não necessitam preencher CPF e RG.

Dependente 4:

☐ Cônjuge/Companheiro(a) ☐ Filho(a) ☐ Pai/Mãe ☐ Irmão(a) ☐ Avô(ó) ☐ Neto(a) ☐ Sogro(a) ☐ Sobrinho(a) ☐ Cunhado(a) ☐ Genro/Nora

Nome (sem abreviações): _____

Data de Nascimento: ____/____/____ RG: _____ CPF: _____

Nome da mãe: _____

Menores de 18 anos não necessitam preencher CPF e RG.

Dependente 5:

☐ Cônjuge/Companheiro(a) ☐ Filho(a) ☐ Pai/Mãe ☐ Irmão(a) ☐ Avô(ó) ☐ Neto(a) ☐ Sogro(a) ☐ Sobrinho(a) ☐ Cunhado(a) ☐ Genro/Nora

Nome (sem abreviações): _____

Data de Nascimento: ____/____/____ RG: _____ CPF: _____

Nome da mãe: _____

Menores de 18 anos não necessitam preencher CPF e RG.

Sirvo-me do presente para AUTORIZAR o Sindicato dos Servidores do Ministério Público do Estado da Bahia (SINDSEMP-BA) informar mensalmente o valor da total da mensalidade à Diretoria de Gestão de Pessoas do Ministério Público do Estado da Bahia (MPBA) para que proceda o desconto do (s) valor (es) devido (s) para minha inclusão, bem como de meu (s) dependente/agregado (s) acima identificado (s), no Plano Odontológico operacionalizado pela UNIMED ODONTO S.A., operadora de planos privados de assistência odontológica com sede à Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346 – 4º andar - Cerqueira César- Cidade São Paulo/SP - CEP 01410-000, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.414. 182/0001-09 registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 416801. De outra parte, declaro para todos os fins de direito, estar ciente e acordo com as seguintes normas para utilização do Plano Odontológico, além daquelas constantes no Manual do Associado, às quais me obrigo, por mim e por meus Dependentes e/ou Agregados:

a) Estou ciente que minha permanência no plano, bem como dos meus dependentes/agregados, depende **incondicionalmente** da minha filiação junto ao SINDSEMP-BA. Havendo desfiliação, por motivo de desinteresse ou por exoneração/demissão do MPBA, é de minha responsabilidade proceder imediatamente à solicitação de exclusão do plano junto à UNIMED ODONTO, informando o nº de protocolo ao SINDSEMP-BA (financeiro@sindsempba.org.br) bem como à Kajama (atendimento@kajamabahia.com.br)

b) Os Beneficiários Dependentes e os Agregados devem, obrigatoriamente, estar inscritos no mesmo tipo de Plano Odontológico por mim optado.

c) O valor da Taxa Mensal Individual será reajustado na forma e nas condições determinadas no Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Plano Odontológico, celebrado entre o SINDSEMP-BA e a UNIMED ODONTO S.A.

d) Perante o SINDSEMP-BA e perante terceiros, sou o (a) único (a) responsável pela correta utilização do Plano Odontológico

ora adquirido, respondendo integralmente pelos atos por mim ou por qualquer de meus Dependentes e/ou Agregados.

e) Em caso de dúvidas sobre o Plano Odontológico, deverei entrar em contato com a UNIMED ODONTO S.A.

f) Estou ciente que haverá renovação automática de minha adesão, por igual período, se não houver manifestação, por escrito, das partes em sentido contrário, até 30 (trinta) dias antes de seu vencimento.

Sem mais, subscrevo-me

_____, _____ de _____ de 2026.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR