

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

Declaro ter pleno conhecimento do contrato do Plano de OdontoGroup conforme formulário padrão e documentação por mim ora recebidos. Estando de acordo com as condições abaixo enumeradas:

01 – A adesão ao Plano de OdontoGroup é individual, e obedecerá às regras estipuladas ao aditivo firmado entre a **AsMinC** e a administradora de Benevix, bem como o respectivo estatuto.

02 – O associado se obriga a manter a margem de consignação para o recolhimento em folha da supracitada taxa, sem a qual a **AsMinC** fará imediatamente o desligamento do Plano de Dental OdontoGroup, e posterior cobrança das pendências financeiras.

03 – Ao assinar o presente termo de responsabilidade, autorizo a **AsMinC** a emitir ordem de desconto em minha folha de pagamento, incluindo o valor da mensalidade e a taxa administrativa, cuja importância deverá ser contabilizada na mesma data do crédito do meu salário.

04 – Fica autorizada a **AsMinC** a processar o recolhimento dos valores referentes ao Plano de Dental OdontoGroup, de minha responsabilidade, a débito de minha folha de pagamento.

05 – O contrato firmado com a Benevix referente ao Plano de Dental OdontoGroup e a respectiva taxa administrativa não se confundem com a taxa ordinária da **AsMinC**, que também deverá ser cobrada em folha de pagamento na mesma.

06 – Na hipótese de **desfiliação, exclusão ou qualquer forma de extinção do vínculo com a AsMinC**, fica autorizado a exclusão do associado do Plano de Dental OdontoGroup, sendo que este somente poderá ser usufruído com a adimplência na **AsMinC**.

07 – Estou ciente de que a **Associação dos Servidores do Ministério da Cultura** não se responsabilizará pelos pagamentos de serviços prestados pela Plano de Dental OdontoGroup.

Estou ciente das cláusulas acima, e que qualquer obrigação gerada pelo convênio não é de responsabilidade da **AsMinC**, e poderá ser cobrada por esta da forma que melhor lhe convier.

NOME TITULAR: _____

MATRICULA SIAPE: _____ **CPF:** _____

RG: _____ **DATA DE NASCIMENTO:** ____/____/____

DEPENDENTE: _____

CPF: _____ **RG:** _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

Brasília, 26 de novembro de 2024.

ASSINATURA DO ASSOCIADO