NOTIFICAÇÃO – EMPREGADO DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA, APOSENTADO OU ÓBITO E QUE TENHA CONTRIBUÍDO PARA O PLANO ODONTOLÓGICO.

Ilmo(a) Sr.(a) _____

Ref.: Extensão de benefícios do plano odontológico

Em atendimento ao disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, informamos que Vossa Senhoria tem direito de manter sua condição de beneficiário do plano odontológico da **UNIODONTO Administradora – Reg. ANS – 34.220-3,** nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, **desde que assuma o seu pagamento integral diretamente à UNIODONTO, ou seja, os seguintes valores:**

Valores vigentes pagos, por usuário, pela empresa à Uniodonto: R$

O período de manutenção dessa condição de beneficiário será de

- **Em caso de demissão**: um terço do tempo em que V.S. contribuiu para o plano mantido por esta empresa, com um mínimo de seis meses e um máximo de vinte quatro meses.
- **Em caso de aposentadoria**: um ano para cada ano de contribuição, ou por tempo indeterminado se V.S. tiver contribuído pelo prazo mínimo de dez anos. Esta regra se aplica, também, para o caso de aposentado que continuou trabalhando na empresa.

O direito é assegurado pelo prazo acima ou até a admissão em novo emprego, enquanto houver plano odontológico contratado pela empresa.

O direito de manutenção da cobertura assistencial nos termos acima é extensiva, total ou parcialmente, a todo o grupo familiar então inscrito quando da vigência do contrato de trabalho, facultada, após a adesão, a inclusão somente de novo cônjuge e filhos.

( ) Estou ciente mas **NÃO** tenho interesse em continuar no plano
( ) Estou ciente do meu direito e me manifestarei junto a UNIODONTO em no máximo 30 dias, contados a partir desta data

Empresa:

Recebi em __ de _____ de 20___.

Nome do empregado:

Assinatura do empregado:

UNIODONTO escritórios para informações em SC:	
Blumenau (47) 3037-8000	Blumenau Federação (47) 3041-8070
Chapecó (49) 3323-6250	Florianópolis (48) 3028-8000
Itajaí (47) 3045-5000	Joinville (47) 3028-8000
Rio do Sul (47) 3522-7456	UNIODONTO Sul Catarinense (48) 3045-7462

ATENÇÃO:

Adesão ao benefício RN 279 SÓ TERÁ VALIDADE perante completo preenchimento e assinatura do titular no termo de adesão Demitidos/aposentados