

EMPRESA CONTRATANTE:

Dados dos Beneficiários:

 TITULAR

Nome do Titular (Sem Abreviatura) _____ Data Nasc. _____ Sexo _____

CPF nº _____ RG: _____ PIS: _____

Nome da Mãe (Sem abreviatura) _____ Cartão Nacional de Saúde (CNS) _____

CEP: _____ Endereço: _____ Nº _____

Complemento _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____

E-mail: _____ Fone Fixo: _____ Fone Celular _____

NOME DO(S) DEPENDENTE(S) (Sem abreviatura)

Nome do Usuário: _____ Data Nasc. _____ C.P.F. _____ RG _____

Nome da Mãe _____ DNV _____ Sexo _____ CNS _____ G.Parentesco _____

Nome do Usuário: _____ Data Nasc. _____ C.P.F. _____ RG _____

Nome da Mãe _____ DNV _____ Sexo _____ CNS _____ G.Parentesco _____

Nome do Usuário: _____ Data Nasc. _____ C.P.F. _____ RG _____

Nome da Mãe _____ DNV _____ Sexo _____ CNS _____ G.Parentesco _____

Nome do Usuário: _____ Data Nasc. _____ C.P.F. _____ RG _____

Nome da Mãe _____ DNV _____ Sexo _____ CNS _____ G.Parentesco _____

Nome do Usuário: _____ Data Nasc. _____ C.P.F. _____ RG _____

Nome da Mãe _____ DNV _____ Sexo _____ CNS _____ G.Parentesco _____

Eu, _____, abaixo assinado e acima identificado, na qualidade de empregado da _____, autorizo o desconto de

(citar o nome da empresa contratante)

meus vencimentos, em folha, do valor correspondente a(s) mensalidade(s) do titular e dependentes acima identificado(s) referente ao plano de saúde odontológico UNIODONTO, contratada por esta junto a UNIODONTO BELÉM- COOPERATIVA DE TRABALHO ODONTOLÓGICO, estabelecida nesta capital à Av. Gentil Bittencourt nº 1212, bem como assumo inteira responsabilidade sobre as declarações que aqui presto, quanto a sua veracidade, sobre o ônus que venha a causar à empresa, por uso inadequado de meus direitos ou procedimentos não cobertos no contrato, mesmo que por qualquer pretexto, tendo em vista que declaro conhecer, por inteiro, o teor do presente contrato: firmo a presente **Ficha de Adesão**.

OBS.: O Valor do seguinte contrato é R\$ _____ (Valor por extenso)

Belém-PA, _____ de _____ de _____

EMPRESA CONTRATANTE

Funcionário / Associado

Obs: É importante apresentar cópia simples do CPF, RG, Certidão Nascimento, Declaração de Convivência e/ou Declaração de Dependência.