

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 do _____, declaro total respon-

(citar o nome da empresa contratante)

sabilidade pelas informações fornecidas sobre o titular e seu(s) dependente(s) acima identificado(s) perante ao plano de saúde odontológico UNIODONTO, contratada por esta junto a **UNIODONTO BELEM- COOPE-RATIVA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE ODONTOLÓGICA**, estabelecida nesta capital à Av. Gentil Bittencourt Nº 1212, Belém-PA, 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, inteiro o teor do presente contrato: firmo a presente **Ficha de Adesão**.

OBS.: O Valor do seguinte contrato é R\$ _____

Belém-PA, _____ de _____ de _____

Empresa contratante

Assinatura do Beneficiário