

EMPRESA CONTRATANTE:

Dados dos Beneficiários:

TITULAR

RESPONSÁVEL FINANCEIRO

Nome do Titular (Sem Abreviatura)		Data Nasc.	Sexo
CPF nº	RG:	PIS:	
Nome da Mãe (Sem abreviatura)			
CEP:	Endereço:		Nº
Complemento		Bairro:	
Cidade:		Estado:	
E-mail:	Fone Fixo:	Fone Celular	

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

Nome do Usuário:	Nascimento	C.P.F.	RG
Nome da Mãe		Sexo	Grau de Parentesco
Nome do Usuário:	Nascimento	C.P.F.	RG
Nome da Mãe		Sexo	Grau de Parentesco
Nome do Usuário:	Nascimento	C.P.F.	RG
Nome da Mãe		Sexo	Grau de Parentesco
Nome do Usuário:	Nascimento	C.P.F.	RG
Nome da Mãe		Sexo	Grau de Parentesco
Nome do Usuário:	Nascimento	C.P.F.	RG
Nome da Mãe		Sexo	Grau de Parentesco

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

