



COOPERATIVA ADMINISTRADORA DE CONTRATOS

CNPJ - 02.338.268/0001-63

Insc. Estadual - Isento Insc. Municipal - 6.124-2

Rua Vitória, 123 - Bairro Petrópolis - CEP 89010-250 - Blumenau - SC

Fone /Fax - (47) 3221-8000 E-mail - unio.sc@terra.com.br Internet - www.uniodonto-sc.com.br

UNIODONTO de SC

ANS - Nº 34.220-3

ATENÇÃO:
AO PASSAR ESTA PROPOSTA DE
ADESÃO VIA FAX, FAVOR
CONFIRMAR O RECEBIMENTO DA
MESMA PELA UNIODONTO

PROPOSTA DE ADESÃO DE USUÁRIOS

EMPRESA:

Código da Empresa:

Nova
Inclusão

Inclusão
Dependente(s)

Transferências

Alteração de endereço

DADOS DO TITULAR

Nome:

Código do usuário:

Plano:

Cidade para Atendimento:

Sexo: Data de Nascimento: / / Estado Civil:

*CPF: RG:

Nome da Mãe: PIS/PASEP:

Endereço Residencial

Rua:

Nº: Andar: Sala nº: Bairro:

Cidade: CEP:

Fone: () Celular: ()

E-mail:

Caso possua algum dependente que necessite atendimento em cidade diferente da sua, informe na coluna respectiva aos dados do dependente.

DADOS DO DEPENDENTE 01 *Grau de Parentesco: Filha = FA / Filho = FO / Esposo(a) = ES / Companheiro(a) = CP / Outros = OT*

Nome:

Grau de Parentesco: Plano:

Sexo: Data de Nascimento: / /

*CPF: RG:

Nome da Mãe: PIS/PASEP:

Endereço Residencial — () Mesmo do Titular

Rua:

Nº: Andar: Sala nº: Bairro:

Cidade: CEP:

Fone: () Celular: ()

Cidade / UF para atendimento:

*** CPF PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA PESSOAS ACIMA DE 18 ANOS.**

cadastro@uniodontosc.com.br

DADOS DO DEPENDENTE 02 Grau de Parentesco: Filha = FA / Filho = FO / Esposo(a) = ES / Companheiro(a) = CP / Outros = OT			
Nome:			
Grau de Parentesco:		Plano:	
Sexo:	Data de Nascimento: / /		
*CPF:	RG:		
Nome da Mãe:	PIS/PASEP:		
Endereço Residencial — () Mesmo do Titular			
Rua:			
Nº:	Andar:	Sala nº:	Bairro:
Cidade:		CEP:	
Fone: ()	Celular: ()		
Cidade / UF para atendimento:			

DADOS DO DEPENDENTE 03 Grau de Parentesco: Filha = FA / Filho = FO / Esposo(a) = ES / Companheiro(a) = CP / Outros = OT			
Nome:			
Grau de Parentesco:		Plano:	
Sexo:	Data de Nascimento: / /		
*CPF:	RG:		
Nome da Mãe:	PIS/PASEP:		
Endereço Residencial — () Mesmo do Titular			
Rua:			
Nº:	Andar:	Sala nº:	Bairro:
Cidade:		CEP:	
Fone: ()	Celular: ()		
Cidade / UF para atendimento:			

DADOS DO DEPENDENTE 04 Grau de Parentesco: Filha = FA / Filho = FO / Esposo(a) = ES / Companheiro(a) = CP / Outros = OT			
Nome:			
Grau de Parentesco:		Plano:	
Sexo:	Data de Nascimento: / /		
*CPF:	RG:		
Nome da Mãe:	PIS/PASEP:		
Endereço Residencial — () Mesmo do Titular			
Rua:			
Nº:	Andar:	Sala nº:	Bairro:
Cidade:		CEP:	
Fone: ()	Celular: ()		
Cidade / UF para atendimento:			

Solicito a inclusão do(s) usuário acima mencionado(s) e autorizo descontar em minha folha de pagamento os respectivos débitos contratuais.

Data: ____/____/____ Assinatura do Titular: _____

Assinatura e/ou Carimbo da Empresa: _____

ATENÇÃO

1. Data da Inclusão: Para Inclusão será considerado a data do pagamento do custo de inscrição e da 1ª mensalidade.
2. Não serão liberados atendimentos se o pagamento das mensalidades não tiver sido recebido pela Uniodonto.

LIBERAÇÃO DE ATENDIMENTO

Após cumprir o período de carência inicial conforme estabelecido em contrato, mediante apresentação do Cartão Uniodonto.