

TERMO DE ADESÃO AO CONVÊNIO ODONTOLÓGICO

Dados do Titular

Nome (Completo, sem abreviações)			CPF	
End.				Número
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
Data de Nascimento	Telefone Celular	E-mail		
Nome da Mãe (Completo, sem abreviações)				
Data de Admissão	Nome da Empresa	Matrícula		

Plano Oferecido

Plano	Descrição Resumida	Valor por Pessoa
<u>UNIMASTER NACIONAL CA</u>	<u>CONVENIO/STIUEG</u>	<u>R\$17.98/ MENSAL</u>

Dados dos Dependentes

Nome (Completo)		Grau de Parentesco	Data de Nascimento
CPF	Nome da Mãe		

Nome (Completo)		Grau de Parentesco	Data de Nascimento
CPF	Nome da Mãe		

Nome (Completo)		Grau de Parentesco	Data de Nascimento
CPF	Nome da Mãe		

Nome (Completo)		Grau de Parentesco	Data de Nascimento
CPF	Nome da Mãe		

Solicito minha inclusão e de meus dependentes, no Plano odontológico contratado com a UNIODONTO GOIÂNIA – Plano Uni Master Nacional CA (CONVENIO/STIUEG), ao tempo que declaro ter amplo conhecimento das condições contratuais, especialmente das coberturas, carências. Autorizo a empresa realizar o desconto em minha folha de pagamento. Taxa de Adesão: R\$ 0,00 por pessoa, Mensalidade de R\$ 17,98 por pessoa.

____/____/____
Data

Assinatura

Nosso sorriso é único.



somos 