

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>UNI MASTER NACIONAL CA</u>	<u>CONVENIO/STIUEG</u>	<u>R\$18,77/ 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\$ 18,77 por pessoa.

____/____/____
Data

Assinatura

Nosso sorriso é único.



Sede Administrativa
Rua T-27, 1115 - QD 65 LT 04
St. Bueno - Goiânia/GO (62)3254-9100
uniodontogoiania.coop.br

Plantão 24 horas
Rua T-27, 1190 - QD 66 LT 11
St. Bueno - Goiânia/GO (62)3254-9100
uniodontogoiania.coop.br

Responsável Técnico: Neirimar Norberto de Sousa CRO-GO: CD – 3451
Uniodonto Goiânia CRO nº 079

ANS nº 35.843-6 ANS 0800 7019656
www.ans.gov.br