

CONVÊNIO: UNIODONTO X
 PLANO UNIOPLAN
(Rol da ANS)
 INCLUSÃO TIT + DEP
VALOR
VIGÊNCIA
 PLANO MASTER
(Rol da ANS + Ortodontia)
 INCLUSÃO DE DEPENDENTES
R\$
A PARTIR DE:
CARÊNCIAS:

Os serviços previstos no contrato serão prestados após o pagamento da 1ª mensalidade e de acordo com os prazos descritos na tabela ao lado:

PRAZO	PROCEDIMENTOS
	Diagnóstico, Radiologia, Prevenção em saúde bucal, Dentística, Periodontia e Cirurgia
	Endodontia e Prótese
	Urgência e Emergência
	Ortodontia (SOMENTE NO PLANO MASTER - Rol da ANS + Ortodontia)

1. DADOS DO TITULAR

NOME COMPLETO:			
RG:	ORG.EXP.:	CPF:	CNS:
ENDEREÇO COMPLETO:			
BAIRRO:	CIDADE:	UF:	CEP:
TELEFONE (s):	DATA NASC.: ___/___/___	SEXO: () F () M	
E-MAIL:			
NOME DA MÃE:			

2. RELAÇÃO DE DEPENDENTES ELEGÍVEIS

NOME COMPLETO:			
PARENTESCO:			
RG:	ORG.EXP.:	CPF:	CNS:
NOME DA MÃE:			
NOME COMPLETO:			
PARENTESCO:			
RG:	ORG.EXP.:	CPF:	CNS:
NOME DA MÃE:			
NOME COMPLETO:			
PARENTESCO:			
RG:	ORG.EXP.:	CPF:	CNS:
NOME DA MÃE:			
NOME COMPLETO:			
PARENTESCO:			
RG:	ORG.EXP.:	CPF:	CNS:
NOME DA MÃE:			

Autorizo o desconto em folha do plano de Assistência Odontológica da UNIODONTO da minha pessoa e de meus dependentes/agregados inscritos nesta proposta.

Maceió, ___/___/___

CONSULTOR RESPONSÁVEL:

Assinatura Titular/Responsável

 Assinatura responsável pelo RH
 da empresa