

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:
 CARTÃO FÍSICO
 CARTÃO DIGITAL
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:			DATA DE NASCIMENTO:	
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:			DATA DE NASCIMENTO:	
PARENTESCO:				
RG:	ORG. EXP.:	CPF:	CNS:	
NOME DA MÃE:				

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

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

NOME COMPLETO:			DATA DE NASCIMENTO:	
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