

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