UNIODONTO
SISTEMA NACIONAL DE COOPERATIVAS ODONTOLÓGICAS

FORMULÁRIO DE ADESÃO/PJ

CENTRAL DE VENDAS
85.40095433

INFORMAÇÕES PARA CADASTRO: **FORTALEZA,_____DE_____DE 20____.**

( )TITULAR USUÁRIO ( )RESPONSÁVEL ( )TITULAR PASSA A SER USUÁRIO ( )INCLUSÃO DE DEPENDENTE/AGREGADO

TIPO DE PLANO : ( )UNIMASTER ( )UNIFÁCIL ( )UNILIGHT ( )OUTRO/QUAL?_____.

NOME DO FUNCIONÁRIO :

EMPRESA : | MATRÍCULA Nº :

RG : | DATA DE EXPEDIÇÃO : | ORGÃO EXPEDIDOR:

CPF : | DATA DE NASCIMENTO :

ESTADO CIVIL : ( )SOLTEIRO ( )CASADO ( )VIÚVO ( )OUTROS_____

END. RESIDENCIAL :

CIDADE : | BAIRRO : | CEP :

UF : | TELEFONE FIXO : | CELULAR :

NOME DA MÃE :

VALOR DAS PARCELAS : | VALOR TAXA DE ADESÃO :

AUTORIZO QUE SEJA DESCONTADO MENSALMENTE EM MEU SALÁRIO A QUANTIA DE R$_____
(_____)
DURANTE 12 (DOZE) MESES, ACRESCIDO DA TAXA DE ADESÃO A PARTIR DA DATA DE ASSINATURA DESTE, RENOVÁVEL POR IGUAL PERÍODO SE AMBAS AS PARTES NÃO SE MANIFESTAREM, SÓ PODENDO SER EXCLUÍDO DO PLANO O TITULAR E SEUS DEPENDENTES/AGREGADOS EM CASO DE DEMISSÃO DO TITULAR. O REAJUSTE SERÁ DE CONFORMIDADE COM O PERÍODO E CLÁUSULAS ESTABELECIDO NO CONTRATO ASSINADO PELA EMPRESA.

OUTROS USUÁRIOS

NOME	CPF	DATA NASC.	GRAU DE PARENTESCO
1.		/ /	
NOME DA MÃE :			
2.		/ /	
NOME DA MÃE :			
3.		/ /	
NOME DA MÃE :			
4.		/ /	
NOME DA MÃE :			
5.		/ /	
NOME DA MÃE :			

OBSERVAÇÕES :

_____ ASSINATURA DO TITULAR

_____ AUTORIZAÇÃO DO DEP. PESSOAL/RH

_____FOR.___/___/___.
ASSINATURA PROMOTOR/COLABORADOR UNIODONTO