

Registro de Produto ANS nº 465.041/11-7**Informações para cadastro**

Fortaleza,

de

de 20

 Titular usuário Inclusão de dependenteTipo de plano: **Unimaster Light I**

Empresa:

Matrícula Nº:

Nome do funcionário:

Data de nascimento:

RG:

Data de expedição:

Órgão expedidor:

CPF:

Estado civil: Solteiro Casado Viúvo Outro/Qual?

Endereço residencial:

Cidade:

UF:

Bairro:

Cep:

Telefone fixo:

Celular:

Nome da mãe:

Valor taxa de adesão:

Valor por beneficiário:

CNS:

Declaração de nasc.vivo:

DEPENDENTES

Nome dependente 1:

Data de nasc.

Parentesco

Nome da mãe:

CPF:

CNS:

Declaração de nasc.vivo:

Nome dependente 2:

Data de nasc.

Parentesco

Nome da mãe:

CPF:

CNS:

Declaração de nasc.vivo:

Nome dependente 3:

Data de nasc.

Parentesco

Nome da mãe:

CPF:

CNS:

Declaração de nasc.vivo:

Nome dependente 4:

Data de nasc.

Parentesco

Nome da mãe:

CPF:

CNS:

Declaração de nasc.vivo:

Declaro que anteriormente à minha adesão, me foi entregue o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS e o material informativo constando toda a cobertura, exclusões de cobertura, carência, as restrições de utilização, que li, e entendi todos os termos, bem como compreendi todas as cláusulas e condições do plano odontológico, tomando ciência dos meus direitos e limitações, concordando com as obrigações assumidas. Autorizo a minha empregadora, acima descrita, enquanto eu e meus dependentes permanecermos vinculados ao plano, a descontar do meu salário o montante da(s) inscrição(ões), da mensalidade, dos procedimentos em pós-pagamento e da multa por exclusão antes do tempo mínimo de permanência, referente a mim e aos meus dependentes, nos valores definidos nos respectivos itens deste Termo de Adesão, bem como os valores que se sucederam após os reajustamentos.

Assinatura do titular

Assinatura do Dep.
Pessoal / RHAssinatura Promotor/Colaborador
Uniodonto