

Registro de Produto ANS nº 705.126/99-3**Informações para cadastro**

Fortaleza, ____ de _____ de 20____.

 Titular usuário Inclusão de dependente

Tipo de plano: Unimáster

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:

Certidão de nasc.vivo:

DEPENDENTES

Nome dependente 1:

Data de nasc.

Parentesco

Nome da mãe:

CPF:

CNS:

Certidão de nasc.vivo:

Nome dependente 2:

Data de nasc.

Parentesco

Nome da mãe:

CPF:

CNS:

Certidão de nasc.vivo:

Nome dependente 3:

Data de nasc.

Parentesco

Nome da mãe:

CPF:

CNS:

Certidão de nasc.vivo:

Nome dependente 4:

Data de nasc.

Parentesco

Nome da mãe:

CPF:

CNS:

Certidão de nasc.vivo:

Declaro que anteriormente à minha adesão, me foi entregue o Manual de Orientação para Contratação de Plano 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, 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_____
Autorização do Dep.
Pessoal / RH_____
FOR, ____/____/____
Assinatura Promotor/Colaborador
Uniodonto