

**EMPRESA CONTRATANTE:**

Dados dos Beneficiários:

 **TITULAR**

Nome do Titular (Sem Abreviatura)		Data Nasc.	Sexo
CPF nº	RG:	PIS:	
Nome da Mãe (Sem abreviatura)		Cartão Nacional de Saúde (CNS)	
CEP:	Endereço:	Nº	
Complemento		Bairro:	
Cidade:		Estado:	
E-mail:	Fone Fixo:	Fone Celular	

**NOME DO(S) DEPENDENTE(S) (Sem abreviatura)**

Nome do Usuário:	Data Nasc.	C.P.F.	RG
Nome da Mãe	DNV	Sexo	CNS
G.Parentesco			
Nome do Usuário:	Data Nasc.	C.P.F.	RG
Nome da Mãe	DNV	Sexo	CNS
G.Parentesco			
Nome do Usuário:	Data Nasc.	C.P.F.	RG
Nome da Mãe	DNV	Sexo	CNS
G.Parentesco			
Nome do Usuário:	Data Nasc.	C.P.F.	RG
Nome da Mãe	DNV	Sexo	CNS
G.Parentesco			
Nome do Usuário:	Data Nasc.	C.P.F.	RG
Nome da Mãe	DNV	Sexo	CNS
G.Parentesco			

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado e acima identificado, na qualidade de empregado da \_\_\_\_\_, autorizo o desconto de

( *citar o nome da empresa contratante* )

meus vencimentos, em folha, do valor correspondente a(s) mensalidade (s) do titular e dependentes acima identificado(s) referente ao plano de saúde odontológico UNIODONTO, contratada por esta junto a UNIODONTO BELEM- COOPERATIVA DE TRABALHO ODONTOLÓGICO, estabelecida nesta capital à Av. Gentil Bittencourt nº 1212, bem como assumo inteira responsabilidade sobre as declarações que aqui presto, quanto a sua veracidade, sobre o ônus que venha a causar à empresa, por uso inadequado de meus direitos ou procedimentos não cobertos no contrato, mesmo que por qualquer pretexto, tendo em vista que declaro conhecer, por inteiro, o teor do presente contrato: firmo a presente **Ficha de Adesão**.

**OBS.: O Valor do seguinte contrato é R\$ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ Valor por extenso)**

Belém-PA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

EMPRESA CONTRATANTE

Funcionário / Associado

*Obs: É importante apresentar cópia simples do CPF, RG, Certidão Nascimento, Declaração de Convivência e/ou Declaração de Dependência.*