

A**Nome da Empresa****Nesta**

Pela presente, solicito minha inclusão e de meus dependentes abaixo qualificados, no Plano odontológico contratado com a **UNIODONTO GOIÂNIA** – Plano Uni Máster, para vigência **a partir de 01/____/2015**.

Declaro que anteriormente à minha adesão, me foi em entregue o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS, 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 (s) mensalidade (s) e da(s) multa(s) 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.

Estou ciente que, atualmente, o valor da **Taxa de Inscrição é de R\$ ____ e a Mensalidade no valor de R\$ _____**, por pessoa inscrita no plano, que serão debitadas enquanto durar minha permanência no Plano, **sendo que também assumirei o pagamento da multa contratual caso solicite a exclusão do plano antes de 12 meses, exceto no caso de meu desligamento junto a essa Empresa, que, neste caso, os débitos serão suspensos.**

NOME (Completo sem abreviações)		
DATA NASCIMENTO	SEXO (F/M)	ESTADO CIVIL
NOME DA MÃE (Completo sem abreviações)		
RG	CPF	
PIS/PASEP ou NIS (Número de Identificação Social)	CARTEIRA NACIONAL DE SAUDE	
ENDEREÇO		
BAIRRO	CIDADE	
CEP	FONE (Residencial/Comercial/Celular)	

DEPENDENTE (S):

NOME (Completo sem abreviações)			
NOME DA MÃE:			
DATA NASCIMENTO	SEXO (F/M)	PARENTESCO	ESTADO CIVIL
RG	CPF		

NOME (Completo sem abreviações)			
NOME DA MÃE:			
DATA NASCIMENTO	SEXO (F/M)	PARENTESCO	ESTADO CIVIL
RG	CPF		

NOME (Completo sem abreviações)			
NOME DA MÃE:			
DATA NASCIMENTO	SEXO (F/M)	PARENTESCO	ESTADO CIVIL
RG	CPF		

Anexar documentos pessoais (CPF e RG) de todos os beneficiários. Se menor, certidão de nascimento.

 Assinatura do titular

