

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

PLANO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA CDL UBERLÂNDIA – UNIODONTO REGIONAL
COBERTURA CONFORME O ROL DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS ANEXO À RESOLUÇÃO N.º 23 DO
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

EMPRESA ASSOCIADA: _____

CÓDIGO DA EMPRESA: _____ CNPJ n.º: _____

END: _____ CEP: _____ TELEFONE: _____

Eu, signatário deste instrumento particular, inscrevo-me, neste ato, como usuário do Plano CDL - UNIODONTO, instituído pelo Contrato de Assistência Odontológica, celebrado em 01/02/2001, juntamente com meus dependentes abaixo nomeados:

ADESÃO: TITULAR DEPENDENTE
USUÁRIO TITULAR - (SÓCIO OU FUNCIONÁRIO)

NOME: _____ SEXO: M | F

NASC.: ___/___/___ C.P.F. _____ RG: _____ Org. Emissor: _____ Exp.: ___/___/___

CARGO: _____ END.RES.: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ TEL: _____

NOME DA MÃE DO TITULAR: _____

USUÁRIOS DEPENDENTES (CÔNJUGE, FILHOS SOLTEIROS MENORES DE 24 ANOS, PAI / MÃE, SOGRO / SOGRA)

• Dependente 1

Nome: _____ Parentesco _____ Sexo: M | F

NASC.: ___/___/___ C.P.F. _____ RG: _____ Org. Emissor: _____ Exp.: ___/___/___

Nome da mãe: _____

• Dependente 2

Nome: _____ Parentesco _____ Sexo: M | F

NASC.: ___/___/___ C.P.F. _____ RG: _____ Org. Emissor: _____ Exp.: ___/___/___

Nome da mãe: _____

• Dependente 3

Nome: _____ Parentesco _____ Sexo: M | F

NASC.: ___/___/___ C.P.F. _____ RG: _____ Org. Emissor: _____ Exp.: ___/___/___

Nome da mãe: _____

O usuário só poderá ser excluído do plano se não utilizou ou se já contribuiu no mínimo com 12 (doze) mensalidades.
Declaro que recebi todos os esclarecimentos pertinentes às condições para habilitação no referido Plano Odontológico.

Uberlândia, _____ de _____ de _____

Assinatura do Beneficiário Titular

Assinatura da Empresa Associada