PROPOSTA DE ADESÃO CONTRATO MODALIDADE COLETIVO POR ADESÃO

REGISTRO ANS Nº 36317-1

UNIODONTO
SISTEMA NACIONAL DE COOPERATIVAS ODONTOLÓGICAS

Avenida Nossa Senhora da Conceição (Antiga Rua 4) nº 55
Conforto - CEP 27262-010 - Volta Redonda - RJ
Telefax: (24) 3348•2231 / 3343•6184 - E-mail: uniodonto.vr@uol.com.br

UNIODONTO SUL FLUMINENSE
PLANOS ODONTOLÓGICOS
CNPJ 72.261.803/0001-00

Código do Usuário

Responsável

CPF | Identidade | Órg. Exp.

1 - DADOS DO TITULAR

Nome

Nome da Mãe

Nascimento | Sexo (1 - MASC. 2 - FEM.) | E. C. (1 - SOLTEIRO 2 - CASADO 3 - VIÚVO 4 - SEPARADO OU DIVORCIADO 5 - _____) | CPF | Identidade | Órg. Exp.

2 - ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Logradouro | Número - Complem. | Telefone

Bairro | Cidade | UF | CEP | Celular

3 - DADOS DOS DEPENDENTES

Cód.	Nome dos Dependentes	SX	EC	Data Nascimento	Data de Inclusão	Parent.	TP
	Nome da Mãe						
	Nome da Mãe						
	Nome da Mãe						
	Nome da Mãe						
	Nome da Mãe						

4 - CO-PARTICIPAÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO

Procedimentos (Ato odontológico) | DV | TP | Taxa de Inscrição R$ | Mensalidade R$

5 - REEMBOLSO

Caso o Usuário não consiga atendimento de urgência na rede própria, contratada ou credenciada poderá recorrer a qualquer profissional, sendo-lhes permitida a solicitação de reembolso a UNIODONTO, do valor das despesas efetuadas, até o limite de R$ 15,00 (quinze reais).

DECLARAÇÃO

Declaro para fins de direito, que após ter ficado de posse de uma cópia desta Proposta de Adesão, seus Anexos do Contrato de Prestação de Assistência Odontológica, por um tempo que me permitiu estudar o seu conteúdo, concordo com a forma gráfica utilizada e estou de pleno acordo com todos os seus itens, cláusulas e condições contratuais. Declaro, também estar de acordo com a cobertura contratada e ciente dos atos complementares, assim designados os atos odontológicos não cobertos pelo Plano, constantes no Anexo I desta Proposta, pelos quais responderei com a contraprestação pecuniária na forma em que me for exigida, toda a vez em que houver a sua incidência, sujeitando-me, inclusive as normas regulamentadoras da operadora e da prestadora dos serviços. Essas declarações que faço, expressam a verdade e a vontade de firmar o contrato em meu nome e de meus dependentes aqui relacionados, tendo conhecimento que só seremos considerados definitivamente aceitos no Plano após recebermos o Cartão Uniodonto que nos identifica perante o Sistema Nacional Uniodonto.

Local _____ Data _____/_____/_____ Assinatura _____

PRAZO DO CONTRATO / VIGÊNCIA

Prazo de 12 (doze) meses de _____/_____/_____ a _____/_____/_____

Renovação automática por iguais períodos,caso não haja a manifestação das partes até 60 (sessenta) dias antes da data do término.

UNIODONTO

AUTORIZAÇÃO

№ 1684

Eu, _____, matrícula nº_____, autorizo a _____ a _____ a importância de R$_____ por usuário ref. ao Plano Odontológico UNIODONTO, e Taxa de Adesão Única no valor de R$_____ por usuário incluída na primeira mensalidade, estando eu ciente que só terei direito a utilizar o plano após uma carência de_____ dias contados da data do primeiro pagamento, tendo direito ao atendimento de urgência logo após o pagamento da 1ª mensalidade.

Local _____ Data _____/_____/_____ Assinatura _____