



ANS - Nº 34.220-3

UNIODONTO DE SC COOPERATIVA ADM. DE CONTRATOS

Rua: Vitória 123 - Bairro: Centro - Cep: 89010-250 - Blumenau - SC

Fone/Fax: (47) 3037 8000 - CNPJ: 02.338.268/0001-63 - I. E.: Isenta

Visite nossa página www.uniodonto-sc.com.br

PROPOSTA DE ADESÃO DE USUÁRIOS

EMPRESA: SINDICATO DOS TRABALHADORES DO PODER JUDICIÁRIO DE SANTA CATARINA

CÓD. DA EMPRESA: CNPJ: 80.151.087.0001-37

CÓD. DA COOPERATIVA :

 NOVA INCLUSÃO INCLUSÃO DEPENDENTE(S) TRANSFERÊNCIAS ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO

DADOS DO TITULAR

*NOME:

CÓD. USUÁRIO

PLANO:

CIDADE PARA ATENDIMENTO:

SEXO: MASC. FEM.

ESTADO CÍVIL:

*DATA NASC.:

*NATURALIDADE:

*CPF:

RG:

*CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:

*NOME DA MÃE:

*NOME DO PAI:

ENDEREÇO RESIDENCIAL

RUA:

Nº

ANDAR:

APTO:

BAIRRO:

CIDADE:

CEP:

FONE:

CELULAR:

E-MAIL:

DADOS DO DEPENDENTE 01 (GRAU - FILHA = FA / FILHO = FO - ESPOSA(O) = ES - COMPANHEIRO = CP E OUTROS = OT)

*NOME:

GRAU DE PARENTESCO

PLANO:

CIDADE PARA ATENDIMENTO:

SEXO: MASC. FEM.

ESTADO CÍVIL:

*DATA NASC.:

*NATURALIDADE:

*CPF:

RG:

*CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:

*NOME DA MÃE:

*NOME DO PAI:

ENDEREÇO RESIDENCIAL

 MESMO DO TITULAR

RUA:

Nº

ANDAR:

APTO:

BAIRRO:

CIDADE:

CEP:

FONE:

CELULAR:

E-MAIL:

DADOS DO DEPENDENTE 02 (GRAU - FILHA = FA / FILHO = FO - ESPOSA(O) = ES - COMPANHEIRO = CP E OUTROS = OT)						
*NOME:						
GRAU DE PARENTESCO				PLANO:		
CIDADE PARA ATENDIMENTO:						
SEXO: () MASC. () FEM.			ESTADO CÍVIL:			
*DATA NASC.:		*NATURALIDADE:				
*CPF:				RG:		
*CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:						
*NOME DA MÃE:						
*NOME DO PAI:						
ENDEREÇO RESIDENCIAL () MESMO DO TITULAR						
RUA:						
Nº	ANDAR:	APTO:	BAIRRO:			
CIDADE:			CEP:			
FONE:			CELULAR:			
E-MAIL:						
DADOS DO DEPENDENTE 03 (GRAU - FILHA = FA / FILHO = FO - ESPOSA(O) = ES - COMPANHEIRO = CP E OUTROS = OT)						
*NOME:						
GRAU DE PARENTESCO				PLANO:		
CIDADE PARA ATENDIMENTO:						
SEXO: () MASC. () FEM.			ESTADO CÍVIL:			
*DATA NASC.:		*NATURALIDADE:				
*CPF:				RG:		
*CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:						
*NOME DA MÃE:						
*NOME DO PAI:						
ENDEREÇO RESIDENCIAL () MESMO DO TITULAR						
RUA:						
Nº	ANDAR:	APTO:	BAIRRO:			
CIDADE:			CEP:			
FONE:			CELULAR:			
E-MAIL:						
SOLICITO A INCLUSÃO DO(S) USUÁRIO(S) ACIMA MENCIONADO(S) E AUTORIZO DESCONTAR EM MINHA FOLHA DE PAGAMENTO OS RESPECTIVOS VALORES						
Autorizo ainda, caso haja desistência antes do prazo de 19 (dezenove) meses contados a partir da assinatura do presente contrato, a cobrança de multa contratual diretamente em folha de pagamento no valor de R\$406,60 (quatrocentos e seis reais e sessenta centavos).						
Valor unitário por titular ou dependente de R\$ 21,40 (vinte e um reais e quarenta centavos) acrescidos de R\$ 5,00 (cinco reais) por inscrição de beneficiário na primeira mensalidade. (Valido o presente valor até agosto de 2019)						
ASSINATURA DO TITULAR:						
ASSINATURA E CARIMBO DA EMPRESA (obrigatório):						
LOCAL E DATA: (Obrigatório)						
* Todos os dados deverão ser preenchidos e sem abreviações						
cadastrosede@uniodontosc.com.br						