

PLANO EMPRESARIAL UNIMED - ODONTOLÓGICO

ESTE OPCIONAL É EXCLUSIVO PARA QUEM JÁ POSSUI O PLANO DE SAÚDE NESTA ENTIDADE.

() INCLUSÃO DE TITULAR.

() INCLUSÃO DE TITULAR E DEPENDENTES.

() INCLUSÃO DE DEPENDENTES.

() EXCLUSÃO – TITULAR () DEPENDENTES ()

MATRÍCULA:

CPF:

NOME:

ENDEREÇO:

CEP:

MÃE:

PAI:

DATA DE NASC.:

/

/

SEXO: () F () M

ESTADO CIVIL:

TELS.: RESID.

CELULAR:

COM.

R.

FÓRUM ONDE TRABALHA:

CARGO:

NOME	DATA NASC.	PARENTESCO

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS, ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE DOS ÍTENS ACIMA PREENCHIDOS, AUTORIZANDO O **DÉBITO MENSAL EM FOLHA DE PAGAMENTO**, REFERENTE AO PLANO ODONTOLÓGICO, FAZENDO NESTE ATO O PAGAMENTO DA MENSALIDADE, RELATIVO AO MÊS _____/_____, NO VALOR DE R\$ (_____)

OUTROSSIM, DECLARO ESTAR CIENTE DE QUE PARA DESLIGAMENTO DO PRESENTE PLANO DE SAÚDE, DEVEREI COMUNICAR POR ESCRITO À AJUDES BEM COMO DEVOLVER O CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO NA DATA MÁXIMA DE 01 DE CADA MÊS PARA QUE O CANCELAMENTO SEJA EFETUADO NO MÊS SEGUINTE, DE OUTRA FORMA OS DESCONTOS TERÃO CONTINUIDADE.

OBS.: O TITULAR DEVERÁ INFORMAR IMEDIATAMENTE A AJUDES EM CASO DE EXONERAÇÃO, COMPROMETENDO-SE A QUITAR MENSALIDADES DEVIDAS SE FOR O CASO.

TODO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO SÓ É FEITO EM VITÓRIA. (CARÊNCIA DE 90 DIAS).

VITÓRIA-ES., _____ DE _____ DE _____.

ASSINATURA